

Aus dem Universitätsklinikum Münster  
Lehrstuhl für Frauengesundheitsforschung

**“All women want to be healthy”**  
**Risikovorstellungen, gesundheitsförderliches und präventives Verhalten in der**  
**Schwangerschaft**  
**Eine qualitative Studie in Phnom Penh, Kambodscha**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung des doctor medicinae

der Medizinischen Fakultät  
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von

Susanne Brandner, M.A.

aus München

2010

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-  
Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. Wilhelm Schmitz

1. Berichterstatterin: Univ.-Prof. Dr. Irmgard Nippert

2. Berichterstatterin: Univ.-Prof. Dr. Ute Witting

Tag der mündlichen Prüfung: 14.01.2010

Aus dem Universitätsklinikum Münster  
Lehrstuhl für Frauengesundheitsforschung

Referentin: Univ.-Prof. Dr. I. Nippert  
Koreferentin: Univ.-Prof. Dr. U. Witting

## **Zusammenfassung**

“All women want to be healthy”. Risikovorstellungen, gesundheitsförderliches und präventives Verhalten in der Schwangerschaft. Eine qualitative Studie in Phnom Penh, Kambodscha

Susanne Brandner, M.A.

Tag der mündlichen Prüfung: 14.01.2010

**Ziele** der Arbeit sind die Beschreibung und Analyse subjektiver schwangerschaftsassoziierter Risikovorstellungen von Frauen in Phnom Penh sowie ihrer Handlungskonzepte in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention in der Schwangerschaft.

**Theoretischer Hintergrund** Die theoretische Grundlage der Arbeit bilden interdisziplinäre Ansätze zu biomedizinischen und subjektiven Gesundheits-, Krankheits- und Risikovorstellungen sowie Untersuchungen zu präventivem und gesundheitsförderlichem Verhalten.

**Material und Methoden** Die Studie ist als interdisziplinäre, deskriptiv-explorative Untersuchung mit qualitativem Forschungsdesign konzipiert. Themenzentrierte, qualitative Interviews, die mittels einer Thematischen Analyse ausgewertet wurden, bilden die Datengrundlage der Studie.

**Ergebnisse und Diskussion** Die holistischen subjektiven Vorstellungen von Risiken in der Schwangerschaft sowie Handlungskonzepte und –strategien zu ihrer Vermeidung, zeigen, dass die befragten Frauen den Themen Risiko und Sicherheit in der Schwangerschaft große Bedeutung beimessen. Die Risikovorstellungen sind komplex und uneinheitlich; sie lassen die kulturellen, sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen, in denen die Interviewpartnerinnen leben, erkennen und gehen damit weit über ein rein medizinisches Verständnis hinaus. Wirkungszusammenhänge zwischen eigenem (präventivem) Handeln und Gesundheit bzw. Risikovermeidung in der Schwangerschaft werden explizit perzipiert. Auf den subjektiven Risikovorstellungen basieren spezifische therapeutische bzw. präventive Handlungsstrategien, die synkretistische Züge – im Sinne einer Kombination biomedizinischer und indigener Konzepte – aufweisen. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Risikokonzepte und präventives Verhalten den Versuch von Frauen im urbanen Raum Phnom Penhs widerspiegeln, Reproduktion unter Bedingungen zu beeinflussen, in denen sie auf verschiedenen Ebenen Vulnerabilitäten ausgesetzt sind. Die Strategien der Frauen dienen der Schaffung, dem Erhalt und der Wiederherstellung von Selbstbewusstsein und Handlungsfähigkeit. Die analysierten Handlungskonzepte in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention in der Schwangerschaft, umfassen auch das Element der Interaktion der befragten Frauen mit Einrichtungen der staatlichen Schwangerenvorsorge. Hier ist ein hohes Maß an Vertrauen in die Einrichtungen der Schulmedizin und ein insgesamt sehr positives Bild der, vor allem von den jungen Frauen als „modern“ wahrgenommenen, staatlichen Schwangerenvorsorge zu konstatieren. Insgesamt realisieren die Interviewpartnerinnen, dass ihr mögliches *empowerment* im Hinblick auf ihre Schwangerschaft, auch aus ihrer eigenen Aktivität resultieren kann und sie nicht auf eine reaktiv-passive Haltung beschränkt sind. Ihre Vorschläge zur Verbesserung der Situation Schwangerer in Kambodscha können als Ausdruck dieses Bewusstseins gewertet werden. Die Studienergebnisse können zum Ausgangspunkt für die Überprüfung, Veränderung und Neukonzeption von Programmen und Projekten im Rahmen der gesundheitlichen Betreuung von Schwangeren in Kambodscha werden.

## **Erklärung**

Ich erkläre, dass ich die eingereichte Arbeit „All women want to be healthy“. Risikovorstellungen, gesundheitsförderliches und präventives Verhalten in der Schwangerschaft. Eine qualitative Studie in Phnom Penh, Kambodscha“, selbst verfasst habe.

Desweiteren erkläre ich, dass ich bei der Abfassung der Arbeit nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt und wörtlich oder inhaltlich übernommene Stellen als solche gekennzeichnet habe.

Dieses ist mein erstes Promotionsverfahren.

Köln, den

---

(Susanne Brandner)

„(I)f you wish to help Khmer women improve their health, you must learn to think like Khmer women.“ (WHITE (1996): 135)

Den Frauen in Kambodscha gewidmet

## Inhaltsverzeichnis

Danksagung	1
I. Einleitung	3
II. Die internationalen und nationalen Rahmenbedingungen	10
1. Die internationalen Rahmenbedingungen	10
1.1 Die <i>Safe Motherhood</i> Initiative	10
1.2 Die Millenium Entwicklungsziele	14
1.2.1 Überblick	14
1.2.2 (Mütter-)Gesundheit und die Millenium Entwicklungsziele	16
1.2.3 Das Milleniumentwicklungsziel Nummer 5 im Jahr 2005: Eine Bilanz	17
1.2.4 Definition und Umsetzung der Millenium Entwicklungsziele in Kambo- dscha	19
1.2.4.1 Überblick	19
1.2.4.2 Das Millenium Entwicklungsziel Nummer 5 im kambodschani- schen Kontext	20
2. Die nationalen Rahmenbedingungen	22
2.1. Historische Entwicklungen	23
2.2 Politik, Verwaltung und Medien	24
2.3 Ökonomie	26
2.4 Gesellschaft und Kultur	29
2.4.1 Demographische Aspekte	29
2.4.2 Bildung	30
2.4.3 Kultur und soziale Organisation	30
2.4.3.1 Religion	31
2.4.3.2 Soziale Organisation	33
2.4.3.3 Das Geschlechterverhältnis und der Status von Frauen	35
2.4.4 Gesundheit	41
2.4.4.1 Historische Entwicklungen des kambodschanischen Gesundheits- systems	41
2.4.4.2 Zentrale gesundheitliche Probleme der kambodschanischen Bevöl- kerung	42
2.4.4.3 Reproduktive Gesundheit in Kambodscha	43
2.4.4.4 Grundzüge der kambodschanischen Gesundheitspolitik	45
2.4.4.5 Die Gesundheit von Müttern in der kambodschanischen Gesund- heitspolitik	46
2.4.4.6 Struktur der Versorgungssysteme und Nutzungsverhalten im Ge- sundheitssektor	49
2.4.4.7 Nutzungsverhalten und Versorgungsqualität im staatlichen Gesund- heitssektor	54
2.4.4.8 Nutzungsverhalten und Versorgungsqualität im privaten Gesund- heitssektor	56
2.4.4.9 Versorgungssituation und Nutzungsverhalten im Bereich der Ge- sundheit von Müttern	57

2.5 Die Stadt Phnom Penh	61
2.5.1 Überblick	61
2.5.2 Gesundheit in Phnom Penh	63
2.5.2.1 Allgemeine Struktur	63
2.5.2.2 Versorgungssituation, Gesundheitsstatus und Nutzungsverhalten	63
III. Theoretische Grundlagen	66
1. Gesundheitsrisiken und Prävention in der Schwangerschaft: Die biomedizinische Perspektive	66
1.1. Gesundheitsrisiken in der Schwangerschaft	66
1.2 Prävention in der Schwangerschaft: Die Schwangerenvorsorge	68
1.2.1 Gesundheitsförderung und Prävention	68
1.2.2 Schwangerenvorsorge und ihre Bedeutung für die Schwangerschaft	69
1.2.3 Schwangerenvorsorge in Entwicklungsländern	70
2. Subjektive Gesundheits-, Krankheits- und Risikovorstellungen	72
2.1 Subjektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen	73
2.1.1 Definitionen	73
2.1.2 Funktionen subjektiver Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit	74
2.1.3 Inhalte subjektiver Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen	75
2.1.4 Konzeptualisierung subjektiver Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen	76
2.2 Risikovorstellungen	78
2.2.1 Der Begriff des Risikos	79
2.2.2 Risikovorstellungen als subjektive Vorstellungen	81
2.2.2.1 Theoretische Ansätze	81
2.2.2.2 Inhalte und Ergebnisse der Forschung zu subjektiven Risikovorstellungen	85
3. Gesundheitsförderliches und präventives Verhalten	87
3.1 Begriffliche Definitionen	87
3.2 Forschungsansätze zu gesundheitsförderlichem und präventivem Verhalten	89
3.2.1 Das <i>Health-Belief</i> -Modell	90
3.2.2 Die <i>Theory of Reasoned Action / Theory of Planned Behavior</i>	91
3.2.3 Das <i>Health Care Utilisation Model</i>	92
3.2.4 Das Modell der vier As	94
3.2.5 <i>Precaution Adoption Process</i> (Prozessmodell des präventiven Handelns)	95
3.2.6 Modell des <i>Pathway of Survival</i>	95
3.2.7 Kritische Würdigung der Theorien zum Gesundheitsverhalten	96
IV. Risikovorstellungen und präventives Verhalten in der Schwangerschaft in Kambodscha: Stand der Forschung	98
1. Grundlagen von Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen	98
2. Schwangerschaft und Geburt	101
V. Material und Methoden	105
1. Studiendesign	105
2. Datenerhebung	107
2.1 Datenquellen und Instrumente der Datenerhebung	107
2.2. Auswahl des Samples und Datenerhebung	112
2.3 Ethische Aspekte und Datenschutzmaßnahmen	114
2.4 Datenauswertung	115
2.5 Einschränkung der Ergebnisse	117



2.6 Die Rolle der Forscherin und mögliche Konsequenzen	121
VI. Darstellung des Samples	124
1. Demographische und sozio-ökonomische Charakteristika der Interviewpartnerinnen	124
2. Ergebnisse der geburtshilflichen Anamnese	128
3. Zusammenfassende Bewertung des Samples	130
VII. Ergebnisse und Diskussion	132
1. Die physiologisch verlaufende Schwangerschaft	133
1.1 Physische und physiologische Veränderungen	133
1.2 Anatomische und physiologische Konzepte	136
1.3 Schwangerschaftsbeschwerden	138
1.4 Unsicherheit und Mangel an Wissen	141
1.5 Zusammenfassung und Diskussion	142
2. Risikokonzepte und -vorstellungen	144
2.1 Gestationsdiabetes/ süßer Urin / salziger Urin	146
2.1.1 Das Risiko und seine Symptomatik	146
2.1.2 Ätiologische Erklärungsansätze	146
2.1.3 Bewertung des Risikos	147
2.1.4 Strategien der Risikominimierung auf therapeutischer und präventiver Ebene	148
2.2 Fehl- und Frühgeburt	149
2.2.1 Das Risiko und seine Symptomatik	149
2.2.2 Ätiologische Erklärungsansätze	150
2.2.3 Bewertung des Risikos	152
2.2.4 Strategien der Risikominimierung	152
2.3 Übernatürliche Kräfte	153
2.3.1 Das Risiko und seine Symptomatik	153
2.3.2 Bewertung des Risikos und Strategien der therapeutischen Risikominimierung	154
2.4 Tetanus	155
2.4.1 Das Risiko und seine Symptomatik	155
2.4.2 Ätiologische Erklärungsansätze	155
2.4.3 Bewertung des Risikos und Strategien der therapeutischen Risikominimierung	156
2.5 Beckenendlage und Geburt	157
2.5.1 Das Risiko und seine Symptomatik	157
2.5.2 Ätiologische Erklärungsansätze	158
2.5.3 Bewertung des Risikos und Strategien der therapeutischen Risikominimierung	159
2.6 Armut	160
2.6.1 Symptomatik und Ätiologie	160
2.6.2 Bewertung des Risikos und Strategien der Risikominimierung	161
2.7 Hitze	161
2.7.1 Symptomatik, Ätiologie und Konsequenzen	161
2.7.2 Bewertung des Risikos und Strategien der therapeutischen Risikominimierung	163

2.8 Zusammenfassung und Diskussion	164
3. Gesundheitsfördernde und präventive Verhaltensweisen	169
3.1 Allgemeine Verhaltensvorschriften	170
3.1.1 Nicht nach oben greifen	171
3.1.2 Alles schneller erledigen als Andere	171
3.1.3 Weitere allgemeine Verhaltensvorschriften	172
3.2 Essensvorschriften	173
3.2.1 Bestimmte Nahrungsmittel vermehrt essen	173
3.2.2 Bestimmte Nahrungsmittel meiden	175
3.3 Arbeitsvorschriften	177
3.4 Selbstfürsorgliches Handeln	179
3.5 Tnam Khmer trinken	180
3.6 Tragen eines geflochtenen Bandes um die Hüfte	182
3.7 Weitere Präventivmaßnahmen	185
3.8 Zusammenfassung und Diskussion	185
4. Staatliche Schwangerenvorsorge als präventive Maßnahme in der Schwangerschaft	190
4.1 Grundsätzliche Aspekte der Inanspruchnahme staatlicher Schwangerenvorsorge	190
4.1.1 Zeitpunkt	190
4.1.2 Ökonomische Aspekte	191
4.1.3 Gründe für die Wahl einer spezifischen Einrichtung	192
4.2 Determinanten der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge	193
4.2.1 Sicherstellung einer komplikationslos verlaufenden Schwangerschaft	194
4.2.1.1 Vermeidung fetaler und maternaler Gesundheitsrisiken	195
4.2.1.2 Bestätigung der eigenen Wahrnehmung	195
4.2.1.3 Medikamente	197
4.2.2 Informationsbedarf bezüglich der Schwangerschaft	199
4.2.3 Gesundheitliche Probleme in der Schwangerschaft	201
4.2.4 Angst vor Repressalien	202
4.2.5 Geburtsvorbereitung	203
4.2.6 Schwangerenvorsorge ist modern	204
4.2.7 Vertrauen in die Schulmedizin	206
4.3 Probleme bei der Inanspruchnahme der staatlichen Schwangerenvorsorge	207
4.3.1 Frauen, die Schwangerenvorsorge in Anspruch nehmen	207
4.3.1.1 Zugänglichkeit	208
4.3.1.2 Verfügbarkeit	210
4.3.1.3 Akzeptanz	211
4.3.2 Frauen, die keine Schwangerenvorsorge in Anspruch nehmen	211

4.4. Zusammenfassung und Diskussion	212
5. Empfehlungen	221
5.1. Verbesserte Information	222
5.2 Frauenzentrierte Versorgung und Verbesserung der allgemeinen Versorgungsqualität	223
5.3 Geographische und ökonomische Aspekte	225
5.4 Appell an Mitbürgerinnen und Mitbürger	227
5.5 Zusammenfassung und Diskussion	228
VIII. Schlussbemerkungen: Perspektiven für Forschung und Praxis	231
IX. Literaturverzeichnis	243
X. Anhang	i
1 Tabellenverzeichnis	i
2 Interviewleitfaden für schwangere und nicht-schwangere Frauen	ii
2.1 sozio-ökonomischer und geburtshilflicher Kurzfragebogen	ii
2.1.1 Sozio-ökonomische Daten	ii
2.1.2 Geburtshilfliche und aktuelle Kurzanamnese	ii
2.2 Interviewleitfaden zu Risikovorstellungen, gesundheitsförderlichem und präventivem Verhalten	ii
2.2.1 Die physiologisch verlaufende Schwangerschaft	ii
2.2.2 Subjektive Risikovorstellungen	iv
2.2.3 Gesundheitsfördernde und präventive Verhaltensweisen	v
2.2.4 Die Bedeutung der staatlichen Schwangerenvorsorge	v
2.2.5 Empfehlungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Schwangeren in Kambodscha	vi
3. Forschungsgenehmigung	vii
XI. Lebenslauf	

## **Danksagung**

Die Vollendung dieser Dissertationsschrift wäre ohne die Hilfe einer Vielzahl an Personen nicht möglich gewesen.

Mein Dank gilt zunächst meiner Doktormutter, Frau Prof. Dr. Irmgard Nippert, die sich mit großem Interesse dazu bereit erklärt hat, die Arbeit zu betreuen. Ohne ihre geduldige Unterstützung und die Gewährung der nötigen Freiräume wäre die Vollendung dieser Arbeit nicht möglich gewesen.

Für das Wissen, die Offenheit, das Vertrauen und die Zeit, die sie mir geschenkt haben, danke ich allen anonymen Interviewpartnerinnen. Ihre Erzählungen, ihr Mut und ihre Kraft haben mich nachhaltig beeindruckt. Ohne sie gäbe es diese Arbeit nicht.

Maßgeblichen Einfluss auf den Erfolg der Feldarbeit – sowohl in der Planungs- wie in der Durchführungs- und Auswertungsphase – hatte Frau Anne Erpelding, Leiterin des Programms „Support to the Health Project Sector Reform“ der GTZ in Kambodscha. Ohne ihr außergewöhnliches Engagement, ihre Begeisterung und kontinuierliche großzügige Unterstützung meines Vorhabens, wäre diese Arbeit nicht entstanden.

Meiner Forschungsassistentin und Übersetzerin Frau Phy Bophea danke ich für die hervorragende Arbeit in den manchmal unendlich erscheinenden Übersetzungsstunden, für geduldige Erklärungen und kreative Ideen.

Eine Vielzahl weiterer Personen hat die Durchführung der Feldarbeit sowie die Auswertung der Daten in Kambodscha unterstützt. In alphabetischer Reihenfolge waren dies:

Dr. Christoph Bendick (University of Health Sciences, Phnom Penh), Urte Heitmann (Deutscher Entwicklungsdienst), Dr. Liz Hoban (Deakin University, Australia), Prof. Eng Hout (Gesundheitsministerium Kambodscha), Alice Levisay (UNFPA), Dr. Tazin Oo (UNICEF), Nen Rieng (Direktorin der Cambodian Midwives Association, verstorben 2006), David Wood (BBC World Service Trust), Dr. Severin von Xylander (WHO) und Ian Ramage (Domrei Research).

Weiterhin die Direktorinnen und Direktoren sowie alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtungen, in denen die Forschung statt gefunden hat sowie alle befragten Expertinnen und Experten, die nicht namentlich genannt werden wollen.

Mein besonderer Dank gilt Uk Ten und seiner Familie, Andy, Chanta, Chantu, Chunna, Chunny, Claire, David, Eve, Ives, Monica, Peter, Rachel, Son und Sothea.

Die Durchführung der Feldarbeit, welche die Grundlage der Ergebnisse dieser Arbeit darstellt, wäre ohne die finanzielle Unterstützung durch den Kölner Gymnasial- und Stiftungsfonds in der frühen Planungsphase und durch die Heinrich-Böll-Stiftung in der Durchführungs- und Auswertungsphase nicht möglich gewesen. Hierfür möchte ich mich herzlich bedanken.

Für die engagierte Unterstützung, fachlichen Diskussionen, tröstenden Worte, solidarischen Wochen, Monate und Jahre, kreativen Anregungen und ebensolche Ablenkungen danke ich aus tiefstem Herzen und in alphabetischer Reihenfolge:

Eva Bockenheimer aka r.u.s.f., Christoph Brandner, Moni Brandner, Therese Brandner, dem Club Dialektik, Birgit Lampe, Thomas Mälzig, Elisabeth Neuger, Dr. Johanna Offe, Dr. Julia Pauli, Stefanie Rademacher, Kay Rosenkranz, Georg Stein, Sebastian Stein, Svenja Stemmler, Anna Wille und Maren Zimmermann.

## I. Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit subjektiven Vorstellungen von Gesundheitsrisiken sowie gesundheitsförderlichem und präventivem Verhalten in der Schwangerschaft eines Samples von schwangeren und nicht-schwangeren Frauen in Phnom Penh, der Hauptstadt Kambodschas.

Im Jahr 2005 starben weltweit 535 900 Mütter im Rahmen von Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett<sup>1</sup>. Von den weltweit jährlich 160 Millionen schwangeren Frauen entwickeln etwa 15% schwerwiegende Komplikationen, die z.T. langfristige gesundheitliche Probleme zur Folge haben und – bei adäquater medizinischer Versorgung – weitgehend zu verhindern wären. Hierzu zählen z.B. Inkontinenz, vesicovaginale bzw. rectovaginale Fisteln, Entzündungen der Organe des kleinen Beckens (pelvic inflammatory disease)<sup>2</sup> u.a. Die Persistenz hoher Müttersterblichkeitsraten vor allem in den ärmsten Ländern der Welt, spiegelt die Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten zwischen arm und reich wieder und ist symptomatisch für die tiefgreifende Missachtung der grundlegenden Menschenrechte von Frauen. Diese hat akute Folgen für alle Mitglieder einer Gesellschaft, insbesondere jedoch für die Armen, Benachteiligten und Machtlosen. Die Bekämpfung der Müttersterblichkeit ist damit nicht nur eine medizinische Aufgabe, sondern gleichzeitig ein Gebot sozialer Gerechtigkeit. Dies wurde bereits in der Verfassung zur Gründung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1948 anerkannt, als festgehalten wurde, dass es eine der wesentlichen Aufgaben der Organisation sei „to promote maternal and child health and welfare“ (WORLD HEALTH ORGANIZATION (1948)).

Auch die Müttersterblichkeitsraten in Kambodscha zeigen ein inakzeptables, hohes Niveau. Die genauen Zahlen variieren zwar je nach Quelle, jedoch wird geschätzt, dass jährlich etwa 2900 Frauen und Mädchen aufgrund schwangerschaftsassoziierter Komplikationen sterben und weitere 58 000 bis 87 000 unter den Folgen von Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt leiden<sup>3</sup>.

„The tragedy – and opportunity – is that most of these deaths can be prevented with cost-effective health care services. Reducing maternal mortality and disability will depend on identifying and improving those services that are critical to the health of Cambodian women and girls,

---

<sup>1</sup> Vgl. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/7039647.stm>  
(13.10.2007). Möglicherweise sind diese Zahlen noch höher, da in Entwicklungsländern, in der sich die Mehrzahl der Todesfälle ereignet, häufig Todesursachen nicht offiziell erfasst werden (vgl. GHOSH (2001): 429).

<sup>2</sup> Anmerkungen zur Schreib- und Zitierweise: Die Arbeit ist nach den Regeln der neuen Rechtschreibung verfasst, Primärzitate in alter Rechtschreibung werden im Original belassen. Fremdsprachige Begriffe sind, bis auf Eigennamen, kursiv gesetzt. In den Fällen, in denen die deutsche Übersetzung zu ungenau und/oder nicht gebräuchlich ist, werden die englischen Begriffe im Original übernommen. Aussagen aus den Primärdaten, werden unter Angabe der entsprechenden Interviewnummer zitiert.

<sup>3</sup> Vgl. THE FUTURES GROUP INTERNATIONAL (2000): 1

including antenatal care, emergency obstetric care, adequate postpartum care for mothers and babies, and family planning and STI/HIV/AIDS services” (THE FUTURES GROUP INTERNATIONAL (2000): 1).

Diese Zahlen und die damit verbundenen individuellen, nationalen und globalen katastrophalen Folgen waren Ausgangspunkt für die Konzeption der vorliegenden Arbeit.

Subjektive Vorstellungen von Gesundheitsrisiken sowie gesundheitsförderliches und präventives Verhalten von Frauen in der Schwangerschaft, stellen dabei bislang kaum untersuchte Aspekte in Kambodscha dar. Die Untersuchung dieser Themenfelder hat jedoch praktische Relevanz, insofern als

„beliefs associated with major obstetric complications in different settings affect the interpretation of their severity and the decision to respond appropriately“ (KOBILINSKY et al. (2000): 26).

Die (Laien-)Definitionen und Perspektiven auf ein individuelles Gesundheitsrisiko ist für die Wahl der medizinischen Versorgung dabei häufig von größerer Bedeutung, als die Sicht der Schulmedizin<sup>4</sup>. Insofern ist das Thema der vorliegenden Arbeit sowohl aus einer Public Health Perspektive wie auch in der konkreten gesundheitlichen Versorgung von Schwangeren von Bedeutung. Fragen wie z.B. welche Risikokonzepte bezüglich einer Schwangerschaft existieren und welchen Stellenwert haben sie für die betroffenen Frauen?, welche gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen resultieren möglicherweise aus diesen Konzepten und wie sind sie im Sinne einer Verbesserung der schulmedizinischen Präventionsangebote für Schwangere zu werten?, können zum Ausgangspunkt für die Überprüfung, Veränderung und Neukonzeption von Programmen und Projekten im Rahmen der gesundheitlichen Betreuung von Schwangeren werden. Weiterhin ist die Frage, ob und wie die Konzepte und Vorstellungen der Frauen von denen schulmedizinisch vorgebildeter Personen abweichen, ob sich also Unterschiede in den explanatory models der beiden Gruppen ergeben, für den Erfolg der Ärztin-Patientin-Kommunikation und im Endergebnis für die compliance von großer Bedeutung. Die Zusammenführung der Analysen von individuellen Risikokonzepten und gesundheitsförderlichen/präventiven Maßnahmen von Frauen in Phnom Penh kann zudem den wissenschaftlichen wie auch den praktischen Blick verstärkt auf die Potentiale dieser Frauen im Hinblick auf Erhalt, Wiederherstellung und Stärkung ihrer eigenen Gesundheit lenken.

Für die Formulierung der Forschungsfragen war weiterhin die Überlegung leitend, dass die Stärkung des Gesundheitszustandes Schwangerer in Kambodscha sowie von Frauen im repro-

---

<sup>4</sup> Vgl. hierzu GLEI et al. (2003): 2450 sowie MATHOLE et al. (2004): 124.

duktiven Alter allgemein nur dann erfolgreich sein kann, wenn präventive und kurative Konzepte im Rahmen der medizinischen Versorgung, die Sichtweisen der betroffenen Frauen berücksichtigen, da sie wichtige handlungsleitende Determinanten der Inanspruchnahme von therapeutischen und präventiven Angeboten sind.

Mit dem Ziel die Gesundheit schwangerer Frauen in Kambodscha zu stärken und, wo nötig, nachhaltige Veränderungen ihres gesundheitsbezogenen Verhaltens zu erreichen, erschien es deshalb sinnvoll diese subjektiven Sichtweisen zu thematisieren und zu analysieren. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist dabei die Tatsache, dass Frauen nicht nur für ihre eigene Gesundheit, sondern als Mütter auch meist die Hauptverantwortung für die ihrer Kinder tragen. Die Erforschung ihrer Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen ist damit über die Ereignisse von Schwangerschaft und Geburt hinaus von Bedeutung.

Das Thema der vorliegenden Arbeit lässt sich insgesamt weder aus einer rein medizinischen noch aus einer ausschließlich epidemiologischen Perspektive adäquat erfassen. Eine kombinierte sozialwissenschaftlich-medizinische Sicht hingegen, die beispielsweise aus den Synergien medizinischer und ethnologischer Ansätze profitieren kann, scheint für eine Annäherung an die Thematik geeignet zu sein. So argumentierte auch KITZINGER (1993) in ihrem Buch „Ourselves as mothers“, dass die Mutterschaft nicht nur ein biologischer, sondern auch ein sozialer Prozess ist<sup>5</sup>: Die mit einer Schwangerschaft verbundenen biologischen Transformationen werden immer auch in einen sozialen Kontext eingebunden, überformt, transformiert und sowohl subjektiv-individuell als auch gesellschaftlich-kulturell interpretiert.

Um dieses komplexe, multidimensionale Forschungsfeld an den Grenzen der Disziplinen Medizin, Ethnologie und Public Health adäquat erfassen zu können, liegt der Arbeit ein interdisziplinärer, medizinethnologischer Ansatz zugrunde, der eine holistische Betrachtungsweise der zu untersuchenden Phänomene sowie ein qualitatives methodisches Vorgehen beinhaltet und den analytischen Schwerpunkt auf die emischen Definitionen und Vorstellungen der untersuchten Gruppe legt<sup>6</sup>. Unter Berücksichtigung der verschiedenen theoretischen Richtungen der Medizinethnologie<sup>7</sup>, ist die vorliegende Arbeit am ehesten den kritischen Richtungen innerhalb der Medizinethnologie zu zuordnen, die neben der Untersuchung der Mikroebene eines Phänomens insbesondere auch die Berücksichtigung der Makroebene einfordern, also

---

<sup>5</sup> Vgl. KITZINGER (1993)

<sup>6</sup> Vgl. hierzu ausführlich die Abschnitte III und V dieser Arbeit sowie z.B. BAER et al. (1996); LUX (2003a und 2003b), JOHNSON, SARGENT (1990).

<sup>7</sup> Zu diesen zählen insbesondere „the empiricist paradigm, the cognitive paradigm, the ‚meaning centered‘ paradigm, and the critical paradigm“ (BAER et al. (2003): 31). Ausführlich hierzu vgl. ebd.: 31ff. sowie z.B. JOHNSON, SARGENT (1996), LUX (2003).



der politischen, sozialen und ökonomischen Prämissen und Gegebenheiten, die diesem Phänomen zugrunde liegen und die sowohl auf lokaler und regionaler als auch auf nationaler und globaler Ebene wirksam werden.

Mit PELTO und PELTO wird in dieser Arbeit davon ausgegangen, dass

„qualitative ethnographic work and other anthropological research tools play a vital role in furthering practical understanding of key issues, particularly about the ways in which complex health beliefs, or explanatory models, affect health care decision making“ (PELTO, PELTO (1996): 290).

Dabei wird das Wissen um subjektive Vorstellungen und Konzepte als eine notwendige Ergänzung und Erweiterung der bislang überwiegend quantitativ orientierten Forschung über reproduktive Gesundheit in Kambodscha, gesehen.

Basierend auf einem theoretischen Ansatz, der individuelle Konzepte und Verhaltensweisen von Frauen mit ihrem soziokulturellen und sozioökonomischen Kontext in Beziehung setzt, ist das übergeordnete Ziel dieser Arbeit die Erfassung, Beschreibung und Analyse subjektiver schwangerschaftsassoziierter Risikovorstellungen in der Schwangerschaft von Frauen im urbanen Raum Phnom Penh sowie ihrer Handlungskonzepte in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention, u.a. als Elemente der Interaktion der befragten Frauen mit Einrichtungen der staatlichen Schwangerenvorsorge. Es wird aufgezeigt, wie diese Themenkomplexe in die prozesshaften Verbindungen zwischen strukturellen Bedingungen und Gegebenheiten, sozialen und kulturellen Konstruktionen sowie individuellen Erfahrungen der interviewten Frauen einzuordnen sind und wie sie von diesen gestaltet und verändert werden.

Mit Hilfe einer ersten, notwendigerweise ausschnitthaft bleibenden, Bestandsaufnahme dieser Phänomene soll die Aufmerksamkeit dabei auf kulturelle Themen, die diesen Vorstellungen und Verhaltensweisen zugrundeliegen, auf kulturell „stumme“ Aspekte der gesundheitlichen Situation und Versorgung von Frauen, gelenkt werden, um sie für die Konzipierung, Durchführung und Evaluation entsprechender Gesundheitsprojekte zugänglich zu machen und damit langfristig zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Frauen beizutragen.

Das aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit resultierende verbesserte Verständnis der Ähnlichkeiten und Differenzen in den Ansichten der interviewten Frauen wird es ermöglichen, auf den individuellen Bedürfnissen der Nutzerinnen basierte gesundheitspolitische Entscheidungen im Bereich Müttergesundheit und darüber hinaus, zu treffen.

Weder der Fokus dieser Studie noch die Ansichten der Frauen sind hierbei auf den ersten Blick einzigartig oder völlig neu. Die gesundheitliche Situation von Frauen in Südost-Asien und anderen Teilen der Welt ähneln sich zum Teil sehr.

Zudem werden Schwangerschaft und Geburt in vielen Kulturen als wertgeschätzte, jedoch alltägliche physiologische Ereignisse wahr genommen, die keiner besonderen Gesundheitsversorgung bedürfen. Schwangerschaft und Geburt sind somit keine krankhaften Zustände, die lediglich im Falle von Komplikationen medizinischer Hilfe bedürfen<sup>8</sup>.

MANCINO et al. schreiben hierzu:

“Every social group and every culture has developed through the ages different sets of beliefs and practices surrounding birth which are deeply rooted in the culture from which their origins spring and which in that culture acquire a meaning which is coherent with the general vision of the world, the supernatural, the way the body is used, the role and competence of the woman and so on” (MANCINO et al. (2005): 90).

In der Berücksichtigung und Analyse lokaler Bedingungen, Bedeutungen und Konsequenzen ist es jedoch möglich, einen Einblick in die verschiedenen Interpretationen, Konstruktionen und Handlungsoptionen von Frauen in Phnom Penh zu erlangen und zu begreifen, wie sie damit zur Multiplikation und Dynamik sozialer Praktiken und der Produktion kultureller Bedeutungen beitragen. Frauen spielen in diesen gesellschaftlichen Prozessen eine wichtige Rolle, nicht nur als Agentinnen der nationalen Entwicklung oder im Rahmen einfacher kultureller Bilder von „Tradition“ und „Moderne“, sondern auch als Vertreterinnen ihrer eigenen Rechte, Bedürfnisse und Vorstellungen. In dem begrenzten Rahmen dieser Studie soll den interviewten Frauen somit auch eine Stimme geben werden und den Leserinnen und Lesern ein Teil ihrer Lebens- und Erfahrungswelt zugänglich gemacht werden.

Aus der skizzierten Bedeutung des Forschungsproblems und den übergeordneten Ziele der vorliegenden Studie, lassen sich untersuchungsleitenden Forschungsfragen ableiten, die, theoretisch fundiert, aus der Aufarbeitung des aktuellen Forschungsstandes zu den unterschiedlichen Aspekten des Themas, resultieren.

Zunächst steht die Frage nach den Vorstellungen bezüglich einer normalen, d.h. physiologisch und gesund verlaufenden Schwangerschaft im Vordergrund: Welche Aspekte sind hierbei für die Interviewpartnerinnen von Bedeutung? Was kennzeichnet ihrer Ansicht nach einen physiologischen Schwangerschaftsverlauf? Welche Aussagen werden von den Frauen zu individuellen Aktivitäten zum Erhalt der Gesundheit und zur Sicherstellung eines normalen Geburtsverlaufes gemacht?

Daran anschließend stellt sich die Frage nach den subjektiven Risikovorstellungen:

Welche subjektiven Vorstellungen existieren bezüglich Schwangerschaftsrisiken? Was sind ihre wesentlichen Inhalte und Dimensionen? Welche gesundheitsrelevanten Faktoren werden

---

<sup>8</sup> Vgl. KAZMI (1995): 55f.

wahrgenommen? Welche ätiologischen Vorstellungen hinsichtlich der wahrgenommenen Risiken existieren? Welche therapeutischen und präventiven Handlungsmöglichkeiten zur Bewältigung bzw. Vermeidung dieser Risiken werden von den Interviewpartnerinnen wahrgenommen und welche subjektiven Vorstellungen von Schwangerschaft und Schwangerschaftsrisiken sind mit ihnen verknüpft? Werden Wirkungszusammenhänge zwischen eigenem (präventivem) Handeln und Gesundheit bzw. Risikovermeidung perzipiert?

Eng mit diesen Fragen ist auch die nach den allgemeinen gesundheitsförderlichen und präventiven Handlungsweisen in der Schwangerschaft verknüpft. Existieren solche Handlungsoptionen für die befragten Frauen und falls ja, wie stellen sie sich dar?

Daran schließt sich die Frage an, in welcher Beziehung die Inanspruchnahme staatlicher Schwangerenvorsorge zu diesen Handlungsweisen steht. Welche Bedeutung haben subjektive Vorstellungen für die Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge?

FUJITA et al. schreiben hierzu:

„(W)e know little about factors that influence ANC utilization (...) in Cambodia“ (FUJITA et al. (2005): 134).

Aber auch die anderen Forschungsfragen sind noch weitgehend unbeantwortet. Die Ergebnisse der Studie erlauben in diesem Zusammenhang die beispielhafte Erörterung des Beziehungsgeflechts zwischen Risikowahrnehmung und gesundheitsbezogenem präventivem Handeln, zu dem auch die Inanspruchnahme staatlicher Schwangerenvorsorge zu zählen ist.

Zur Beantwortung der vorgenannten Forschungsfragen ist die Arbeit wie folgt gegliedert:

Im ersten Teil (Kapitel II) wird der internationale und nationale Kontext der Studie und ihrer Forschungsfragen näher beleuchtet. Dabei werden zunächst die beiden, für die Thematik der vorliegenden Arbeit zentralen, politischen Initiativen auf internationaler Ebene - die Safe Motherhood Initiative und die Millennium Entwicklungsziele – vorgestellt und insbesondere letztere hinsichtlich ihrer Bedeutung für den kambodschanischen Kontext analysiert (II.1).

Grundlegend für die Betrachtung von Themen der reproduktiven Gesundheit von Frauen und Männern sind weiterhin gesellschaftliche Mechanismen der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung und Ressourcenverteilung, Zugang zu Bildung und Arbeit sowie das Geschlechterverhältnis in einer Gesellschaft im Allgemeinen und die Stellung von Frauen im Besonderen. All diese Aspekte beeinflussen Möglichkeiten, Strategien und Entscheidungsfreiräume von Individuen und sind für Frauen in Entwicklungsländern unter Umständen verheerend. Deshalb ist es sinnvoll ein Thema der reproduktiven Gesundheit in diesem Kontext zu analysieren.

Aus diesem Grund werden in Kapitel II.2 die nationalen Rahmenbedingungen in Kambodscha, also die wesentlichen sozialen, kulturellen, politischen und ökonomischen Grundlinien des Landes skizziert. Dabei soll auch deutlich werden, dass sich die vorliegende Studie auf einen spezifischen historischen Moment bezieht, ihre Ergebnisse somit lediglich eine Tendenz beschreiben.

Im Anschluss werden in Kapitel III die theoretischen Grundlagen für die empirische Auswertung gelegt. Hierzu werden zunächst die Themengebiete Risiken und Prävention in der Schwangerschaft aus einer schulmedizinischen Perspektive vorgestellt. Daran schließt sich die Darstellung der theoretischen Grundlagen subjektiver Risikovorstellungen unter Berücksichtigung der wichtigsten Forschungsansätze an, gefolgt von der Beschreibung der verschiedenen Modelle zur Analyse von gesundheitsförderlichem und präventivem Verhalten.

Die Arbeit orientiert sich, im Hinblick auf die subjektiven Risikovorstellungen, an den Arbeiten zu subjektiven Vorstellungen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit allgemein. Mit der Frage nach den Konzepten in Bezug auf Schwangerschaftsrisiken in Kambodscha wird allerdings thematisches Neuland betreten. Aus diesem Grund werden im nachfolgenden Teil (Kapitel IV) die bisherigen empirischen Forschungsergebnisse zu Kambodscha im Hinblick auf die Themengebiete Schwangerschaft und Geburt zusammenfassend rezipiert. Berücksichtigt werden dabei insbesondere allgemeine Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit sowie präventive und gesundheitsförderliche Praktiken während der Schwangerschaft.

Kapitel V beschreibt die verwendeten Methoden der Arbeit und Kapitel VI stellt die Interviewpartnerinnen, deren Ausführungen die Grundlage der vorliegenden Arbeit bilden, hinsichtlich ihres sozio-ökonomischen Hintergrundes und ihrer geburtshilflichen Anamnese vor.

Kapitel VII schließlich fokussiert auf die Realitäten der Frauen: Auswertung und Diskussion des, während der Erhebungsphase der Studie gewonnenen, empirischen Datenmaterials stehen im Mittelpunkt dieses Teil der Arbeit. Die Aussagen der Interviewpartnerinnen zu den Themenkomplexen normaler Schwangerschaftsverlauf, Schwangerschaftsrisiken, gesundheitsförderliches und präventives Verhalten in der Schwangerschaft sowie die Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge werden dargestellt, analysiert und diskutiert.

Abschließend werden die Ergebnisse der Untersuchung noch einmal kurz zusammengefasst reflektiert (Kapitel VIII). Zudem werden Ansatzpunkte für zukünftige Forschungen sowie Impulse, die sich aus der Arbeit für die Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung (schwangerer) Frauen in Kambodscha ergeben, aufgezeigt.

## **II. Die internationalen und nationalen Rahmenbedingungen**

Der folgende Überblick, der die internationalen, politischen sowie landesspezifischen, nationalen Rahmenbedingungen der vorliegenden Untersuchung darstellt, ist als Situationsanalyse zu verstehen<sup>9</sup>. Die relative Ausführlichkeit der Darstellung der nationalen Rahmenbedingungen, begründet sich in der Tatsache, dass kein umfassender Überblick zur aktuellen politischen, ökonomischen und sozio-kulturellen Situation in Kambodscha existiert, der als Ausgangspunkt für die vorliegende Studie hätte genutzt werden können. Im Sinne des holistischen Untersuchungsansatzes der Studie verfolgt diese Situationsanalyse daher auch das Ziel, über die rein deskriptive Beschreibung des Status quo hinaus, eine Einbettung der aus den Interviews gewonnenen Daten in einen gesamtgesellschaftlichen Kontext der untersuchten Kultur zu ermöglichen.

### **1. Die internationalen Rahmenbedingungen**

Zwei zentrale politische Initiativen stellen die internationalen Rahmenbedingungen dar, vor deren Hintergrund die vorliegende Arbeit gesehen werden muss: Die *Safe Motherhood* Initiative und die Millennium Entwicklungsziele.

#### **1.1 Die *Safe Motherhood* Initiative**

Die Geschichte der *Safe Motherhood*<sup>10</sup> Initiative ist kurz<sup>11</sup>. Die internationale Konferenz von Alma Ata zum Thema *Primary Health Care* 1978 markierte einen Wendepunkt in den Bemühungen der internationalen Gemeinschaft, Gesundheit und Wohlbefinden weltweit zu befördern. Die Strategie des reinen Technologietransfers in einkommensschwache Länder wurde zugunsten von Überlegungen verlassen, soziale, politische und ökonomische Kontextfaktoren von Gesundheit und Krankheit bei der Entwicklung gesundheitspolitischer Strategien zu berücksichtigen. Das Konzept der Basisgesundheitsversorgung (*Primary Health Care*) war universell, armuts- und *community*-orientiert angelegt und auf wesentliche Gesundheitsprobleme in den betroffenen Ländern fokussiert. Müttergesundheit – immer in Verbindung mit der Gesundheit von Kindern genannt – war dabei ein wesentlicher Fokus.

---

<sup>9</sup> Methodisch erfolgte diese mittels einer ausführlichen Literaturrecherche und –analyse sowie Gesprächen mit Expertinnen und Experten für das kambodschanische Gesundheitssystem.

<sup>10</sup> *Safe Motherhood* ist dabei definiert als „creating the circumstances within which a woman is enabled to choose whether she will become pregnant, and if she does, ensuring she receives the care for prevention and treatment of emergency obstetric care if she needs it, and care after birth, so that she can avoid death or disability from complications of pregnancy and childbirth“ (FEUERSTEIN (1993): 2).

<sup>11</sup> Zum Folgenden vgl. ABOU-ZAHR (2003): 13ff., BERG (1995): 183ff.

In den 1970er und 1980er Jahren stieg die Reliabilität und Verfügbarkeit von Zahlen zur Sterblichkeit von Müttern. Schätzungen ergaben „that half a million maternal deaths were occurring each year, 99% of them in developing countries“ (ABOU-ZAHR (2003): 15). Diese neuen Zahlen führten zu einem verstärkten Interesse an der gesamten gesundheitlichen Situation von Müttern. Im Februar 1985 fand die erste internationale *Safe Motherhood* Konferenz in Nairobi statt, die von WHO, UNFPA und Weltbank gemeinschaftlich unterstützt wurde. Diese Konferenz gilt als Startpunkt der *Safe Motherhood* Initiative, die u.a auf der Erkenntnis beruhte, dass die Gesundheit von Frauen/Müttern, im Vergleich zu der von Kindern, bislang nur eine geringe Rolle in den internationalen Bemühungen um eine verbesserte Gesundheitsversorgung, insbesondere in einkommensschwachen Ländern, gespielt hatte<sup>12</sup>. Weiterhin waren die hohe Diskrepanz der Zahlen zur Müttersterblichkeit zwischen Industrie- und Entwicklungsländern sowie die Erkenntnis, dass eine Vielzahl dieser Todesfälle vermeidbar ist, für die neue Initiative von zentraler Bedeutung. Dennoch war das Ziel, die Gesundheit von Müttern zu verbessern, nach wie vor ein Beiprodukt der Bemühungen um die Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Kindern. Programme, die Frauen – unabhängig von ihrer Rolle als Mütter – als Zielgruppe definierten, fehlten. Die bestimmenden Themen auf der internationalen Gesundheitsagenda waren Familienplanung und Bevölkerungspolitik, während andere Aspekte der Gesundheit von Frauen, wie z.B. Infektionskrankheiten, Erkrankungen in der Schwangerschaft oder auch Karzinomerkrankungen, wenig oder gar nicht berücksichtigt wurden.

Diesen Umstand nahmen insbesondere Vertreterinnen und Vertreter der Frauenbewegung der 1970er Jahre in den Blick. Die den Frauen gewidmete Dekade der Vereinten Nationen 1976-1985 kumulierte in den *Forward Looking Strategies*, die eine Reduktion der Müttersterblichkeit weltweit anstrebten. Vertreterinnen und Vertreter der Frauengesundheitsbewegung betonten die Bedeutung der Förderung von Frauengesundheit als eigene Zielsetzung internationaler Organisationen und Programme und zwar unabhängig vom Wohlergehen ihrer Kinder. In den frühen 1990er Jahren wurde diese Forderung zunehmend institutionalisiert<sup>13</sup> und Nichtregierungsorganisationen begannen, meist noch auf lokaler oder regionaler Ebene, im Bereich *Safe Motherhood* zu arbeiten. Müttersterblichkeit wurde nun als politische Herausforderung propagiert und hohe politische Entscheidungsträgerinnen und -träger für Initiativen bzw. das Unterlassen der Selben, verantwortlich gemacht.

---

<sup>12</sup> Vgl. hierzu z.B. ROSENFELD, MAINE (1985).

<sup>13</sup> Vgl. zum Beispiel den *Call for Action* des *Women's Global Network for Reproductive Rights* und des *Latin American & Caribbean Women's Health Network/ISIS International* am 28. Mai 1990. Einzusehen unter <http://www.wgnrr.org> (23.02.2006).

Mitte der 1990er Jahre führten eine Reihe von UN-organisierten Konferenzen<sup>14</sup> zu einer Erweiterung der entwicklungs- und gesundheitspolitischen Agenda: *Safe Motherhood* wurde nun verstärkt in den allgemein gehaltenen Kontext von Frauengesundheit eingebettet und wahrgenommen. Hinzu kam, dass reproduktive Gesundheit von Frauen zunehmend als Menschenrecht und fehlendes politisches Engagement für die Gesundheit von Frauen als Diskriminierung und Verletzung dieses Menschenrechts interpretiert wurde, da nur Frauen das potentielle Risiko tragen, das Schwangerschaft und Geburt mit sich bringen können.

„This perception of the different nature of maternal mortality within the general context of illness and disease has stimulated renewed interest in a rights-based approach to safe motherhood. Defining maternal death as a ‘social injustice’ as well as a ‘health disadvantage’ obligates governments to address the causes of poor maternal health through their political, health and legal systems” (ABOU-ZAHR (2003): 18).

Diese Entwicklungen eröffneten ein erweitertes Handlungsspektrum auf nationaler und internationaler Ebene und nahm Regierungen in die Verantwortung für reproduktive Gesundheit von Frauen zu arbeiten.

Die internationalen Konferenz in Colombo/ Sri Lanka, 1997, und der Weltgesundheitstag der WHO 1998, der unter dem Motto *‘Pregnancy is special: let’s make it safe’* stand, markierten den Anfang einer ganzen Reihe von Veranstaltungen und Initiativen, die im Zuge des beschriebenen Paradigmenwechsels weltweit für mehr Engagement im Bereich der reproduktiven Gesundheit von Frauen sorgten. Verschiedene Berufsverbände, wie z.B. die *Federation of gynecologists and obstetricians (FIGO)*<sup>15</sup> sowie verschiedene UN-Organisationen, versprachen einen verstärkten Ressourceneinsatz in diesem Bereich. Mit der Etablierung des *Department of Making Pregnancy Safer*<sup>16</sup> und der gleichnamigen Initiative im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation, verdeutlichte die WHO im Jahr 1999 auf dem *Maternal Mortality Advocacy Meeting* in Maputo/Mozambique noch einmal die Bedeutung von Müttergesundheit für ihre Arbeit und gab der *Safe Motherhood* Initiative neue Impulse<sup>17</sup>. Potentielle Arbeitsfelder werden als „improving national capacity, standard-setting and tool development, research and development, monitoring and evaluation“<sup>18</sup> definiert. Die Rolle des Gesundheits-

<sup>14</sup> Insbesondere die Internationale Konferenz zu Bevölkerung und Entwicklung 1994 in Kairo und die 4. Weltfrauenkonferenz 1995 in Peking sowie der Sozialgipfel in Kopenhagen ebenfalls 1995

<sup>15</sup> Vgl. auch die Homepage der FIGO unter <http://www.figo.org> (21.06.2007).

<sup>16</sup> Vgl. [http://www.who.int/making\\_pregnancy\\_safer/en/](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/en/) (21.06.2007)

<sup>17</sup> Hierzu zählt insbesondere das erklärte Ziel der signifikanten Reduktion maternaler und perinataler Morbidität und Mortalität. Der Anteil von Müttern mit ihren Säuglingen die Zugang zu entsprechender Gesundheitsversorgung haben, soll in 50 ausgewählten Ländern mit hohen Müttersterblichkeitsraten erhöht werden. Als hierfür notwendige Voraussetzungen werden genannt: Schwangerschaften, die ausgetragen werden, sollen erwünscht sein, alle Frauen sollen Schwangerschaft und Geburt ohne Gefahr für Leib und Seele erleben können und ihre Kinder sollen gesund geboren werden. Eine ausführliche Selbstdarstellung der Initiative findet sich bei WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006b).

<sup>18</sup>Vgl. hierzu das Schaubild unter <http://w3.who.org/pregnancy/chap1.htm> (17.06.2007)

sektors ist es, die Bereitstellung adäquater Versorgung von (werdenden) Müttern und ihren Kindern, sicherzustellen. Die zunehmende Anerkennung der Tatsache, dass bestimmte Schwangerschaftskomplikationen zwar verhindert werden können, ein großer Anteil sich jedoch vor allem kurz vor oder während der Geburt ereignet und deshalb weder verhinderbar noch vorhersehbar ist, hat außerdem dazu geführt, dass sich die Forderung nach der Anwesenheit von entsprechend ausgebildetem Personal bei jeder Geburt als eine der Grundvoraussetzungen für die Gesundheit von Mutter und Kind, durchgesetzt hat. Daneben sind die Etablierung funktionierender Notfallüberweisungssysteme, die Verhinderung ungewollter Schwangerschaften sowie unprofessionell ausgeführter Schwangerschaftsabbrüche, wichtige Zielsetzungen der Arbeit der *Making every pregnancy safer*-Initiative.

Der bis zu diesem Zeitpunkt bestehende Konsensus über die Notwendigkeit, die Müttersterblichkeitsraten weltweit zu reduzieren, ebnete den Weg, dieses Ziel auch in die Formulierung der Millennium Entwicklungsziele im Jahr 2000 aufzunehmen sowie im Rahmen der Delhi Deklaration im April 2005<sup>19</sup> noch einmal zu bekräftigen.

Die *Safe Motherhood* Initiative hat dazu beigetragen, die versteckten Ungleichheiten, die in den gesundheitlichen Problemen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett stecken, sichtbar zu machen. Sie hat sich immer als eine explizit politische Initiative der Interessenvertretung verstanden und dafür gesorgt, dass Müttersterblichkeit ein Thema auf der internationalen *Public Health* Agenda ist; sie hat Ressourcen mobilisiert, individuelle und soziale Kosten von Müttersterblichkeit identifiziert, die menschenrechtliche Seite dieses Problems aufgezeigt und insgesamt das Bewusstsein bei Regierungen, internationalen Organisationen, der Gebergemeinschaft, Nichtregierungsorganisationen sowie Fachgesellschaften, für die gesundheitlichen Probleme und besonderen Bedürfnisse von Frauen geschärft<sup>20</sup>.

Trotz aller Bemühungen und Initiativen bleiben die Zahlen zur Müttersterblichkeit in vielen Ländern jedoch besorgniserregend hoch<sup>21</sup>. Die Gründe hierfür variieren von Land zu Land, sind jedoch immer komplex und bedingen sich oft gegenseitig<sup>22</sup>. Grundvoraussetzungen für eine Verbesserung des Gesundheitszustandes von Frauen im Allgemeinen und ihrer reproduktiven Gesundheit im Besonderen jedoch, sind technologisch und ökonomisch angepasste Rah-

---

<sup>19</sup> Die Deklaration von Neu Delhi, die am 9. April 2005 veröffentlicht und von mehr als zehn Staaten, nationalen und internationalen Nichtregierungsorganisationen, internationalen Organisationen u.a. unterzeichnet wurde, ist im Hinblick auf die Gesundheit von Müttern und Kindern als „call to action for achieving UN Millennium Development Goals 4 & 5“ (McDOUGALL (2005): 3) zu verstehen, der die Bedeutung eines verstärkten finanziellen und politischen Engagements in diesem Bereich unterstreicht und fordert.

<sup>20</sup> Eine ausführliche kritische Würdigung der *Safe Motherhood* Initiative findet sich bei TITA et al. (2007).

<sup>21</sup> Vgl. UNFPA (2004)

<sup>22</sup> Zu einigen WHO-internen Gründen für die geringe Effektivität einiger Programme und Initiativen der *Safe Motherhood* Initiative vgl. <http://w3.who.org/pregnancy/chap1.htm> (17.10.2006); vgl. hierzu weiterhin UNFPA (2004).



menbedingungen sowie ein politisch wohlwollendes Klima. Hinzu kommen das Engagement von medizinischem Personal und die

„health sector readiness – the combination of financial, human and organizational resources - that is needed to provide services required to the people who need them“ (ABOU-ZAHR (2003): 24).

Sowohl die Gebergemeinschaft als auch die Empfängerländer müssen insbesondere in diesem letzten Bereich investieren, um den vorhandenen politischen Willen in konkrete Handlungen umzusetzen.

## **1.2 Die Millenium Entwicklungsziele**

Die zweite zentrale, politische Initiative, welche die internationalen Rahmenbedingungen bildet, vor denen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit gesehen werden müssen, sind die Millennium Entwicklungsziele.

### 1.2.1 Überblick

Im September 2000 verabschiedete die 55. Generalversammlung der Vereinten Nationen die *Millenium Declaration*<sup>23</sup>, die eine Synthese verschiedener, in den 1990er Jahren getroffener, Beschlüsse der internationalen Staatengemeinschaft darstellt. Eine Arbeitsgruppe internationaler Organisationen extrahierte aus der Deklaration die acht Millenium Entwicklungsziele (MDGs), die im September 2001 von der 56. Generalversammlung der Vereinten Nationen zur Kenntnis genommen wurden. Die MDGs umfassen acht Entwicklungsziele, die durch 18 Unterziele weiter spezifiziert und durch 48 Indikatoren messbar gemacht werden. Die Umsetzung der meisten Ziele ist auf das Jahr 2015 terminiert. Im Einzelnen handelt es sich um (i) die Eradikation von Armut und Hunger, (ii) die Bereitstellung universeller Bildungschancen, (iii) die Förderung von Geschlechtergleichheit, (iv) die Senkung der Kindersterblichkeit, (v) die Verbesserung der Gesundheit von Müttern, (vi) die Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Infektionskrankheiten, (vii) die Sicherstellung ökologischer Nachhaltigkeit und (viii) die Förderung, Etablierung und Sicherstellung einer globalen Zusammenarbeit in Entwicklungsfragen. Gesundheit nimmt in der Formulierung der MDGs einen zentralen Platz ein und wird explizit in drei Zielen, acht Unterzielen und 18 Indikatoren adressiert<sup>24</sup>.

Mit den MDGs hat sich die internationale Staatengemeinschaft erstmals gemeinsame, entwicklungspolitische Zielvorgaben gesetzt, die sowohl auf nationalstaatlicher wie auch auf glo-

---

<sup>23</sup> Das Dokument ist einzusehen unter <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm> (11.11.2006)

<sup>24</sup> Vgl. WELTGESUNDHEITSORGANISATION (2005b): 8.

baler Ebene verwirklicht werden sollen. Sie stellen ein Bezugssystem dar, das sich auf messbare und signifikante Fortschritte in den Lebensbedingungen von Menschen weltweit, speziell von Armen, fokussiert und in dessen Rahmen Entwicklungsfortschritte messbar gemacht werden sollen. Für einige Autorinnen und Autoren stellt dies einen Paradigmenwechsel in der internationalen Entwicklungstheorie und -politik dar<sup>25</sup>. Andere<sup>26</sup> kritisieren jedoch, dass die Vereinten Nationen mit den MGDs hinter „längst akzeptierte Interdependenzen zwischen Armut, Entwicklung und Welt“ (UNMÜBIG (2006): 3) zurückfallen. Die Bandbreite reicht dabei von grundsätzlicher Kritik, z.B. hinsichtlich Sinnhaftigkeit eines so umfangreichen Projektes, den politischen und ökonomischen Bedingungen unter denen es ins Leben gerufen wurde sowie dem ihm zugrundeliegenden Verständnis von Entwicklung, bis hin zu den konkreten Inhalte und methodischen Fragestellungen zur Messung von Ergebnissen bei der Umsetzung der Ziele. Zusammengefasst gesprochen würde, so die Kritik, die Lösung der Probleme von Armut und Entwicklung in erster Linie in einer einseitig ökonomisch ausgerichteten Entwicklungsstrategie gesehen und die entwicklungspolitische Diskussion durch das Ignorieren der Komplexität und wechselseitiger Interdependenzen verflacht<sup>27</sup>. Im Zusammenhang mit dieser Arbeit erscheint zudem insbesondere der Hinweis auf die Gefahr einer isolierten Betrachtung der Einzelziele, ohne deren Kontextgebundenheit und Interaktionen mit anderen Zielen und weiteren Teilbereichen zu berücksichtigen, von Bedeutung.

„Für die isolierte Umsetzung von MDG5, der Verringerung der Müttersterblichkeit, könnte das (...) bedeuten, dass Maßnahmen ausschließlich im Gesundheitssektor ergriffen werden. Doch auch die Bereitschaft und Fähigkeit, Gesundheitsstationen und Gesundheitsvorsorge in Anspruch zu nehmen, ist eine notwendige Voraussetzung für eine wirkliche Verbesserung der Gesundheitssituation. Somit sind auch das Bildungsniveau der Mütter (MDG 2 und 3) sowie der ökonomische Wohlstand der Familie (MDG1) entscheidend. (...) Auch die ökologische Situation vor Ort sowie die Sauberkeit des Trinkwassers (MDG7) bestimmen über den Gesundheitszustand von Müttern. Sich ergänzende Maßnahmen in unterschiedlichen Sektoren sind (somit) für die Senkung der Müttersterblichkeitsrate am erfolgversprechendsten.“ (GLOTZBACH et al. (2007): 30).

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Millennium Entwicklungsziele im Rahmen der internationalen Entwicklungspolitik auf verschiedenen Ebenen eine Neuerung gegenüber früheren Zielsystemen darstellen<sup>28</sup>, da

<sup>25</sup> Dieser besteht darin, dass der in den 1980er Jahren vorherrschende *Washington Consensus* vom *capabilities approach* abgelöst wurde, und damit das Paradigma das „Armutsbekämpfung (...) in hohem Maße mit einer Steigerung des Wirtschaftswachstums“ gleichsetzte (LOEWE (2005)). Der *capabilities approach* beschreibt dem gegenüber Armut und Entwicklung als mehrdimensionale Prozesse, die u.a. ökonomische, politische, sozio-kulturelle Faktoren sowie individuelle und kollektive Verwirklichungschancen umfassen und komplexe Lösungsansätze erforderlich machen. (Eine ausführliche Darstellung dieser entwicklungspolitischen Debatten findet sich beispielsweise bei NUSCHELER (2004)).

<sup>26</sup> Vgl. z.B. UNMÜBIG (2006), GLOTZBACH et al (2007): 22ff.

<sup>27</sup> Ausführlich hierzu vgl. UNMÜBIG (2006).

<sup>28</sup> Zum Folgenden vgl. LOEWE (2005).

„nie (...) ein so umfangreiches, komplexes und breit unterstütztes Regime mit dem Ziel einer flächendeckenden Armutsminderung und Wohlförderung initiiert (wurde)“ (GLOTZBACH et al. (2007): 22).

Sie markieren damit einen neuen Konsensus insbesondere zwischen den Bretton-Wood-Institutionen und den Vereinten Nationen. Der Fokus hat sich dabei von ökonomischem Wachstum hin zu einer nachhaltigen Entwicklung verschoben und enthält einen weit gefassten Armutsbegriff als Ausgangspunkt für zukünftige Entwicklungsstrategien. Die Orientierung an den *outcomes*, also an den Ergebnissen entwicklungszentrierter Politik und Praxis, gemessen am übergeordneten Ziel der Armutsbekämpfung sowie ein Kohärenzgebot für alle Akteure auf diesem Gebiet, wurden zudem in den Millennium Entwicklungszielen festgeschrieben. Die gemeinsame Verantwortung aller Länder für das Erreichen der MDGs sowie die Anerkennung der Bedeutung zivilgesellschaftlicher Akteure im Entwicklungsprozess sind schließlich weitere neue Aspekte, welche die MDGs als Orientierungsrahmen für die internationale Entwicklungspolitik und – zusammenarbeit, bieten.

### 1.2.2 (Mütter-)Gesundheit und die Millennium Entwicklungsziele

Das Thema Gesundheit wird – wie bereits erwähnt - in den MDGs als zentrale Voraussetzung für Entwicklung und Armutsreduktion begriffen und ist zudem ein wichtiger quantifizierbarer Indikator zur Messung menschlichen Wohlergehens<sup>29</sup>. Gesundheit ist in drei der acht Ziele repräsentiert und auch für das Erreichen der anderen Ziele von Bedeutung oder sogar Voraussetzung.

Die Verbesserung der Gesundheit von Müttern ist das fünfte der acht Entwicklungsziele und ist durch das Unterziel die Müttersterblichkeitsrate<sup>30</sup> zwischen 1990 und 2015 weltweit um drei Viertel zu senken, spezifiziert. Zwei Indikatoren sollen dieses Ziel messbar machen: Die Müttersterblichkeitsrate (Indikator16) und der Anteil der von medizinischem Fachpersonal begleiteten Geburten (Indikator 17).

Jedoch sind, aus medizinischer wie auch sozialwissenschaftlicher Sicht, weitere Aspekte bei der Umsetzung von Ziel 5, insbesondere die Umstände und Bedingungen, die zum Erreichen des Ziels von Bedeutung sind, und hier vor allem das Geschlechterverhältnis betreffende Komponenten, zu berücksichtigen<sup>31</sup>: Schlechte Ernährung von Frauen und Mädchen, aufgrund

<sup>29</sup> Beispiele für gesundheitsrelevante Indikatoren sind in Ziel 1 die Prävalenz untergewichtiger Kinder unter fünf Jahren und in Ziel 8 der Anteil der Bevölkerung mit nachhaltigem Zugang zu erschwinglichen Medikamenten.

<sup>30</sup> Definiert entsprechend der Weltgesundheitsorganisation als die Anzahl der Todesfälle pro 100 000 Lebendgeburten (vgl. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1999); zu unterschiedlichen Methoden zur Messung von Müttersterblichkeit sowie zur Problematik der Verwendung der oben genannten Definition im Kontext von Entwicklungsländern vgl. GHOSH (2001): 429f.

<sup>31</sup> Zum Folgenden vgl. OBAID (2006). 11ff.

geschlechtsspezifischer Restriktionen, können die Komplikationsraten im Rahmen von Schwangerschaften erhöhen. Gesellschaftliche Normen, welche die Mobilität oder Entscheidungsbefugnisse von Frauen einschränken, können zu eventuell lebensgefährlichen Verzögerungen beim Aufsuchen medizinischer Versorgung, insbesondere in Notfällen, führen. Zudem korreliert der Bildungsstatus von Frauen mit einem positiven Ausgang von Schwangerschaften, d.h. einer gesunden Mutter und einem gesunden Kind: Hohe Analphabetinnenraten und niedrige Einschulungsraten bei Frauen und Mädchen sind meist mit hohen Müttersterblichkeitsraten assoziiert. Darüberhinaus können bestimmte Krankheiten, wie Malaria, Anämie, Hepatitis etc. wenn sie in der Schwangerschaft auftreten oder fortbestehen, besonders schwere Verlaufsformen annehmen und zur Müttersterblichkeit beitragen. Die genannten Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt sind besonders häufig in armen Bevölkerungsteilen zu finden.

### 1.2.3 Das Millenniumentwicklungsziel Nummer 5 im Jahr 2005: Eine Bilanz

Auf dem Millennium+5 Gipfel im September 2005 zu Beginn der 60. VN-Generalversammlung sollte eine erste Bilanzierung der Umsetzung der MGDs stattfinden, die jedoch aufgrund verschiedener Aspekte<sup>32</sup> eher unscharf ausfiel.

Positiv anzumerken ist zunächst, dass nach mittlerweile 15 Jahren, in denen die MDGs im Rahmen konkreter Projekte verfolgt werden, in vielen Ländern erstmalig verlässliche und vergleichbare gesundheitsstatistische Daten verfügbar sind, welche die Überwachung der Umsetzung der MDGs möglich machen und für politische und legislative Prozesse sowie Programmplanung eine wichtige Entscheidungshilfe sind. Jedoch sind sie meist lediglich deskriptive Aussagen über kurz- und mittelfristige Entwicklungen, es fehlt ihnen jedoch die analytische Aussagekraft über die sektorübergreifenden Hintergründe und komplexen Zusammenhänge dieser Entwicklungen. Nur über diese jedoch scheint es möglich zu sein, die Umsetzung der MDGs und ihre spezifisch gesundheitsrelevanten Aspekte weiter voranzutreiben. Weiterhin ist grundsätzlich als positiv anzumerken, dass einige der Millennium Entwicklungsziele, wie z.B. das MDG 3, hinsichtlich ihrer Indikatoren noch einmal überarbeitet wurden, so dass nun auch qualitative Entwicklungsdefizite verstärkt in den Fokus der Anstrengungen für eine Umsetzung der Ziele geraten<sup>33</sup>.

---

<sup>32</sup> Zum Beispiel aufgrund der unterschiedlichen politischen Interessen der USA und der einkommensschwachen Länder oder auch der institutionellen wie programmatischen Schwächen der Vereinten Nationen selbst. Vgl. hierzu LOEWE (2005): 11ff.

<sup>33</sup> Vgl. LOEWE (2005).

Die Datenlage ist bezüglich der Umsetzung aller MDGs als enttäuschend zu werten<sup>34</sup>: Setzen sich die Entwicklungen seit den 1990er Jahren fort, so wird die Mehrzahl der armen Länder die MDGs insbesondere im Bereich Gesundheit nicht erreichen.

Die spärlichen<sup>35</sup> Daten, die weltweit für das Ziel 5 gesammelt wurden, zeigen, dass die Zahlen zur Müttersterblichkeit gerade in den Ländern, in denen Schwangerschaft und Geburt am risikoreichsten für die jeweiligen Frauen sind, nicht rückläufig oder sogar ansteigend sind, was z.B. auch in Kambodscha der Fall ist<sup>36</sup>. Die Datenlage zum Indikator 17, dem Anteil der von medizinischem Personal betreuten Geburten, zeigt, dass seit 1990 weltweit Fortschritte in diesem Bereich erzielt werden konnten: Die Zahl der professionell betreuten Geburten stieg zwischen 1990 und 2003 von 41% auf 57% weltweit. Die regionalen Unterschiede sind jedoch groß. In Afrika und im südlichen Asien konnte keine oder kaum Fortschritte erzielt werden. Im Gegensatz dazu stiegen die Raten in Nordafrika und Südost-Asien; hier konnten zwischen zwei Drittel und drei Viertel der Frauen von medizinischer Betreuung während der Geburt profitieren<sup>37</sup>.

Insgesamt ist zu konstatieren, dass die in vielen Ländern eingeführten Interventionen zur Reduktion der Müttersterblichkeit, nicht die Bevölkerungsgruppen erreichen, die sie am dringendsten benötigen. Im Vergleich variieren die Nutzungsraten von Gesundheitseinrichtungen in den armen und reichen Bevölkerungsschichten beträchtlich. Die nachfolgende Abbildung zeigt dies am Beispiel des Anteils von Frauen, die während einer Schwangerschaft mindestens zweimal zur Schwangerenvorsorge gehen sowie der Betreuungsraten von Geburten durch ausgebildetes medizinisches Personal in Kambodscha.

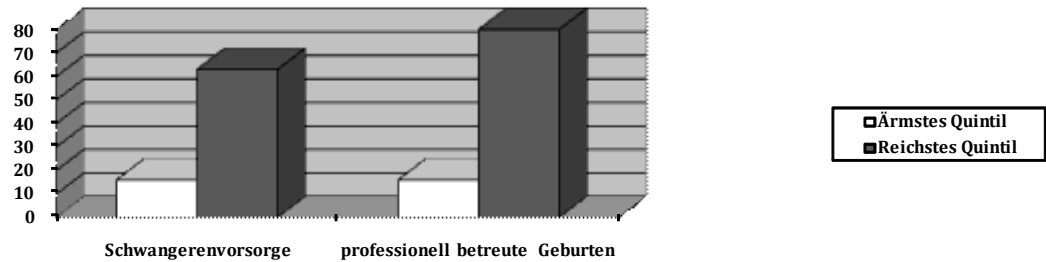
---

<sup>34</sup> Vgl. zum Folgenden WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005a): 13ff.

<sup>35</sup> Die Müttersterblichkeitsraten sind schwierig zu messen, da in vielen Ländern keine umfassenden Registrierungssysteme für Todesfälle existieren und Todesursachen häufig nicht spezifiziert werden. Insbesondere in Ländern, in der die überwiegende Mehrzahl der Geburten außerhalb des formalen Gesundheitssystems statt finden, werden entsprechende Todesfälle meist nicht offiziell bekannt und tauchen deshalb in den Statistiken nicht auf.

<sup>36</sup> Genauere Zahlen hierzu finden sich in Kapitel II.1.2.4 dieser Arbeit.

<sup>37</sup> Vgl. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005a): 19.



Zahlen entnommen aus: NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2007): 665ff.

Die Gründe für die stagnierenden oder sich sogar negativ entwickelnden Zahlen sind vielfältig und können nur unter Berücksichtigung des sozio-ökonomischen und politischen Kontextes der jeweiligen Länder verstanden werden. Sie sollen hier nicht im Einzelnen ausgeführt werden<sup>38</sup>.

Im nun folgenden Kapitel wird die Bedeutung der MDGs im kambodschanischen Kontext erläutert.

## 1.2.4 Definition und Umsetzung der Millenium Entwicklungsziele in Kambodscha

### 1.2.4.1 Überblick

Die kambodschanische Regierung hat die Millenium Entwicklungsziele als Mitglied der Vereinten Nationen mit verabschiedet und an die spezifische Situation des Landes in Form der *Cambodia Millenium Developent Goals (CMDGs)* angepasst<sup>39</sup>. Diese umfassen die folgenden neun Entwicklungsziele: (i) Eradikation von extremer Armut und Hunger, (ii) universelle neun-jährige Schulbildung, (iii) Förderung der Gleichberechtigung der Geschlechter und *Empowerment* von Frauen, (iv) Reduktion der Kindersterblichkeit, (v) Förderung von Müttergesundheit, (vi) Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und Infektionskrankheiten, (vii) Sicherstellung von Nachhaltigkeit in Umweltfragen (viii) Förderung, Etablierung und Stärkung globaler Partnerschaften für Entwicklung sowie (ix) Räumung von Fundmunition, insbesondere Land- und Personenminen, sowie Unterstützung von Minenopfern. Für die Ziele (iv) und (v) definiert KANAL verschiedene sektorübergreifende Indikatoren, die als Voraussetzungen für die erfolgreiche Umsetzung der MDGs gewertet werden können. Hierzu zählen: Erhöhung der Alphabetisierungsrate, Zugang zu sauberem Trinkwasser, Zugang zu adäquaten Sanitäreinrichtungen und Reduktion von Nahrungsmittelknappheit und Armut<sup>40</sup>.

<sup>38</sup> Eine ausführliche Darstellung zu den Hintergründen findet sich z.B. bei WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005b): 21ff.

<sup>39</sup> Diese umfassen 9 Ziele, 25 übergreifende und 106 spezifische Ziele. Vgl. zum Folgenden: MINISTRY OF PLANNING (2005): 1-33.

<sup>40</sup> Vgl. KANAL (2005).

Im Abstand von bislang zwei Jahren erfolgt von Seiten der kambodschanischen Regierung eine Bestandsaufnahme anhand verschiedener Indikatoren, um den Fortschritt des Landes im Hinblick auf die *CMDGs* zu überprüfen. Auf verschiedenen nationalen Konferenzen und im Rahmen der Delhi Deklaration 2005<sup>41</sup> wurde das Bekenntnis der Regierung zur Umsetzung der Millennium Entwicklungsziele mehrfach bekräftigt. Die Arbeit an den Zielen ist eng mit der *National Poverty Reduction Strategy* verbunden, die als Instrument zur programmatischen Prioritätensetzung genutzt wird<sup>42</sup> und ein wichtiges Instrument bei der makroökonomischen und sektoralen Planung des Entwicklungsprozesses in Kambodscha ist.

#### 1.2.4.2 Das Millennium Entwicklungsziel Nummer 5 im kambodschanischen Kontext

Das Entwicklungsziel Nummer 5 ist auch im kambodschanischen Kontext die Reduktion der Müttersterblichkeit<sup>43</sup>. Im Gegensatz zum globalen Ziel Nummer 5, werden Fort- und Rückschritte in Kambodscha jedoch mit Hilfe von neun statt nur zwei Indikatoren gemessen. Diese sind: Die Müttersterblichkeitsrate, die Fertilitätsrate, der Anteil der von professionellem Personal begleiteten Geburten, der Anteil der verheirateten Frauen, die eine „moderne“ Verhütungsmethode anwenden, der Anteil der Schwangeren, die mindestens zwei Schwangerenvorsorgen von ausgebildetem Personal erhalten, der Anteil der Schwangeren mit Eisenmangelanämie, der Anteil der Frauen zwischen 15 und 49 Jahren mit einem *Body Mass Index* unter 18,5 kg/qm, der Anteil aller Frauen zwischen 15 und 49 Jahren mit Eisenmangelanämie sowie der Anteil der Schwangeren, die per Sectio caesarea entbunden haben<sup>44</sup>. Bezüglich der genauen Zahlen im Jahr 2005 – also zum Zeitpunkt der Forschung - sind enorme Lücken festzustellen. Zunächst waren nur Angaben zu vier der neun Indikatoren verfügbar. Die Veröffentlichung des *Demographic and Health Survey 2005* im Jahr 2007 jedoch, ließ eine genauere Evaluation des Millennium Entwicklungsziels Nummer 5 zu.

Eine Übersicht über den Fortschritt Kambodschas beim Erreichen des MDG Nummer 5 findet sich in der nachfolgenden Tabelle.

---

<sup>41</sup> Vgl. KANAL (2005). Eine Übersicht zum Stand der Dinge bei der Umsetzung der MDGs in Kambodscha findet sich in MINISTRY OF PLANNING (2003): xi-xvii. Die Delhi-Deklaration kann unter <http://www.figo.org/docs/Delhi%20Declaration.pdf> (30.06.2007) eingesehen werden.

<sup>42</sup> Vgl. OUYAHIA-McADAMS (2003): 12.

<sup>43</sup> Für die vorliegende Arbeit ist insbesondere das Entwicklungsziel Nummer 5 von Bedeutung. Daneben sind jedoch im Sinne einer holistischen Betrachtungsweise der Frage nach der Verbesserung der Gesundheit von Frauen auch die anderen Ziele relevant. Wie bereits ausgeführt, sind insbesondere die Bekämpfung von Armut, die Förderung von Bildung und Bekämpfung von Geschlechterungleichheiten sowie das allgemeine *Empowerment* von Frauen für die Verbesserung der Lebenssituation von Frauen und damit ihrer gesundheitlichen Situation von Bedeutung. Im Sinne einer Fokussierung wird im Folgenden jedoch nur noch ausführlicher auf die Förderung von Müttergesundheit eingegangen.

<sup>44</sup> Vgl. MINISTRY OF PLANNING (2003): 45.

Indikator	Ausgangswerte		Zielwerte 2005	Tatsächlicher Wert 2005
	Wert	Jahr		
Müttersterblichkeitsrate	437	1997	343	472
Fertilitätsrate	4	1998	3,8	3,4
Anteil der von professionellem Personal begleiteten Geburten, in %	32	2000	60	43,8
Anteil der verheirateten Frauen, die eine „moderne“ Verhütungsmethode anwenden, in %	18,5	2000	30	52,9
Anteil der Schwangeren, die mindestens zwei Schwangerenvorsorgen von ausgebildetem Personal erhalten, in %	30,5	2000	60	33,2
Anteil der Schwangeren mit Eisenmangelanämie, in %	66	2000	50	57,1
Anteil der Frauen zwischen 15 und 49 Jahren mit einem Body Mass Index unter 18,5 kg/qm, in %	21	2000	17	20,4
Anteil aller Frauen zwischen 15 und 49 Jahren mit Eisenmangelanämie, in %	58	2000	45	46,8
Anteil der Schwangeren, die per Sectio caesarea entbunden haben, in %	0,8	2000	2	1,67

Tabelle 1: Die MDGs in Kambodscha: Stand der Dinge 2005<sup>45</sup>.

Die Zahlen zeigen ein gemischtes Bild. Signifikant sind sicherlich die starke Reduktion der Fertilitätsrate sowie die enorme Steigerung beim Anteil der Frauen, die ein „modernes“ Verhütungsmittel benutzen. Im Hinblick auf die Müttersterblichkeit jedoch, sowie die Indikatoren, die sich auf Schwangere beziehen, konnten nur wenige Fortschritte erzielt werden, die Müttersterblichkeitsrate ist sogar ein wenig angestiegen. Es ist äußerst unwahrscheinlich, dass das fünfte Entwicklungsziel – wie auch die anderen Ziele - bis zum Jahr 2015 erreicht werden. Starke regionale Unterschiede sind jedoch zu berücksichtigen: Die Rangfolge der Provinzen führt dabei die Hauptstadt Phnom Penh an, mit einem CMDG5-Index von 0,786 im Vergleich zu den Schlusslichtern Ratanakiri und Mondulkiri (beide 0,097)<sup>46</sup>. Insgesamt ist jedoch festzustellen, dass Kambodscha weit hinter den selbstgesteckten Zielen im Bereich Müttergesundheit hinterher hinkt.

Vor diesem Hintergrund ist grundsätzlich ein hohes Maß an politischer Bereitschaft in Kambodscha zu beobachten, die Gesundheit von Müttern zu verbessern<sup>47</sup>.

Als zentrale Strategien zum Erreichen des Ziels werden von Seiten der Regierung angeführt: Die Verbesserung des geographischen Zugangs, insbesondere von armen Frauen, zu medizinischen Versorgungseinrichtungen; Erhöhung des staatlichen Budgets im Gesundheitssektor; vermehrte Ausbildung von medizinischem Personal - insbesondere Hebammen - und Sicher-

<sup>45</sup> MINISTRY OF PLANNING (2005): 21; NATIONAL INSITUTE OF PUBLIC HEALTH (2006): 148, 89, 173, 109, 167, 216, 213, 173 sowie eigene Berechnungen.

<sup>46</sup> Vgl. MINISTRY OF PLANNING (2003). 49.

<sup>47</sup> Diese Bereitschaft lässt sich anhand verschiedener Dokumente (vgl. unten) belegen. Problematisch ist hingegen die mangelnde Umsetzung der in diesen genannten, notwendigen Maßnahmen, so dass es häufig bei der bloßen Willenserklärung bleibt.



stellung ihrer gleichmäßigen geographischen Verbreitung; Aufklärungsarbeit, insbesondere mit armen Frauen, zur Erweiterung des Wissens bezüglich reproduktiver Gesundheit; *Empowerment* von Frauen im Bereich der reproduktiven Gesundheit<sup>48</sup>. Verschiedene politische Initiativen sollen zur Umsetzung dieser Strategien und damit zum Erreichen des fünften Millennium Entwicklungsziel beitragen. Im zweiten *Socio-Economic Development Plan (2001-2005)* beispielsweise, wird die Absicht geäußert, die Gesundheit von Müttern mittels Schwangerenvorsorge und Nachsorge im Wochenbett sowie Maßnahmen der Geburtenregelung zu fördern. Weiterhin sollen vermehrt Personal ausgebildet, Aufklärungsarbeit bezüglich eines gesundheitsförderlichen Lebensstils geleistet und die Gesetzgebung im Bereich Gesundheit vorangetrieben werden<sup>49</sup>. Ähnlich wird im *Health Sector Strategic Plan 2003-2007*<sup>50</sup> die Förderung von Müttergesundheit als eine der „priority policies“ (MINISTRY OF PLANNING (2003): 47) identifiziert.

## **2. Die nationalen Rahmenbedingungen**

Nach den im vorangegangenen Kapitel dargestellten, internationalen politischen Rahmenbedingungen, wird im nun folgenden Abschnitt der nationale Kontext der Ergebnisse dieser Arbeit verdeutlicht.

Das Königreich Kambodscha liegt in Südostasien (102° O – 108° O und 10° N – 15° N)<sup>51</sup>, grenzt im Südwesten, Westen und Norden an Thailand, im Norden zusätzlich an Laos und im Osten und Südosten an Vietnam. Die südliche Begrenzung des Landes bildet der Golf von Thailand mit einer Küstenlänge von 443 km<sup>52</sup>.

---

<sup>48</sup> Vgl. MINISTRY OF PLANNING (2003): 48

<sup>49</sup> Vgl. MINISTRY OF PLANNING (2001)

<sup>50</sup> Vgl. DEPARTMENT OF PLANNING AND HEALTH INFORMATION (2003)

<sup>51</sup> Vgl. o.A (2000): 143

<sup>52</sup> Vgl. MUNZINGER-ARCHIV (2004): I sowie CIA (2008)

## 2.1. Historische Entwicklungen<sup>53</sup>

Die politischen Rahmenbedingungen der letzten 150 Jahre in Kambodscha waren wechselhaft und oft instabil, die politischen Führungsstrukturen waren von unvorhersehbaren Entscheidungen und wechselnden politischen Allianzen geprägt<sup>54</sup>. 1863 markierte den Beginn des französischen Protektorates über Kambodscha, wobei das Land 1887 Teil des französischen Indochinas wurde. Nach der japanischen Besetzung im Zweiten Weltkrieg erhielt Kambodscha am 9. November 1953 seine volle Unabhängigkeit unter König Sihanouk, der sein autokratisches Regime bis 1970 führte und unter dessen Regentschaft Kambodscha einen stetigen, wenn auch langsamen, wirtschaftlichen Aufschwung erlebte. Dieser war jedoch nur von kurzer Dauer. Im Zuge der Verwicklungen Kambodschas in den Vietnamkrieg Anfang 1969, kam es 1970 zu einem Putsch gegen Sihanouk durch seinen von den USA unterstützten Premierminister General Lon Nol. Bombardements Kambodschas durch die USA und bürgerkriegsähnliche Zustände führten in den nächsten fünf Jahren zu Hunderttausenden von Toten und über einer Million intern Vertriebenen, die sich um die Hauptstadt Phnom Penh sammelten. Die Truppen der Roten Khmer übernahmen nach längeren Kämpfen am 17. April 1975 die Macht in Phnom Penh<sup>55</sup>, schufen die Monarchie ab und etablierten ein politisches System, das eine „neue Gesellschaft“ hervorbringen sollte, in der alte, kapitalistische Einflüsse ausgerottet und etablierte, soziale und kulturelle Institutionen abgeschafft sein sollten. Die Folgen für die Bevölkerung waren verheerend und sind bis heute zu spüren. In den vier Jahren der Herrschaft der Roten Khmer starben unter Pol Pot zwischen 500 000 und 2 Millionen<sup>56</sup> Menschen. Große Teile des kambodschanischen Kulturerbes wurden zerstört, Intellektuelle und Geistliche wurden ermordet oder flohen. 1979 wurde die brutale Schreckensherrschaft durch eine vietnamesische Invasion beendet, die Roten Khmer wurden in die ländlichen Gebiete Kambodschas zurückgedrängt, von wo aus sie einen nahezu 13 Jahre dauernden Bürgerkrieg gegen das international isolierte autoritäre Klientelregime der Volksrepublik Kampuchea (PRK) unter Heng Samrin und später unter Hun Sen und deren Partei *CPP (Cambodian People's Party)* begannen. Nach 1979 begannen massive Hilfsmaßnahmen zum Wiederaufbau

---

<sup>53</sup> An dieser Stelle soll ein kurzer Abriss der jüngeren historischen Entwicklung Kambodschas genügen. Dennoch ist es für jede Forschung in Kambodscha zentral, die jüngste Geschichte des Landes im Hinterkopf zu behalten: Die über 20 Jahre andauernde internationale Isolation durch Krieg und Bürgerkrieg ab den frühen 1970er Jahren hatte nicht nur Millionen von Todesopfern sondern auch die nahezu komplette Zerstörung der ökonomischen und sozialen Infrastruktur zur Folge. Bis zu einem gewissen Ausmaß sind die Probleme, mit denen Kambodscha heute konfrontiert ist auch Folge dieser Entwicklungen. Eine sehr ausführliche Darstellung der Geschichte Kambodschas findet sich u.a. bei CHANDLER (1998); zu den Entwicklungen nach 1945 vgl. CHANDLER (1991).

<sup>54</sup> Zum Folgenden vgl. CHANDLER (1998): 29-77; OVESEN et al. (1996): 44ff.

<sup>55</sup> Die Literatur zu dieser Zeit ist nahezu unüberschaubar wie etwa das bibliographische Essay in CHANDLER (1998) verdeutlicht (CHANDLER (1998): 279). Einen guten Überblick liefert z.B. CHANDLER (1998) selbst.

<sup>56</sup> Die Angaben zu den Opferzahlen schwanken in der Literatur (CHANDLER (1998): 211)

des völlig zerstörten Landes und zur Unterstützung seiner erschöpften Bevölkerung. Die fehlende Nachhaltigkeit dieser Hilfe sowie das Ausmaß der Ermordung und Vertreibung von Menschen, ließen die kambodschanische Wirtschaft nur sehr schleppend in Gang kommen. Bürgerkriegsähnliche Zustände, Zerstörung und ein generelles Klima gesellschaftlicher Instabilität kennzeichneten die nächsten Jahre und trieben weiterhin viele Kambodschanerinnen und Kambodschaner in Flüchtlingslager, vor allem entlang der thailändischen Grenze. Viele von ihnen lebten dort mehrere Jahre, bis sie in ihre Heimatregionen zurückkehrten oder Aufnahmeländer gefunden hatten<sup>57</sup>.

Die Besetzung Kambodschas durch Vietnam endete mit der Unterzeichnung des Pariser Friedensabkommens 1991, das demokratische Wahlen und einen Waffenstillstand vorsah, der bis 1999 jedoch immer wieder gebrochen wurde. In den Jahren 1992 bis 1993 wurde Kambodscha durch die *United Nations Transitional Authority in Cambodia (UNTAC)* übergangsweise verwaltet<sup>58</sup>. Daneben bestand deren Aufgabe in der Überwachung des Friedensprozesses und der Förderung des allgemeinen Wiederaufbaus. Die ersten freien Wahlen in Kambodscha, die 1993 durchgeführt wurden, führten zu einem Sieg der *CPP* und zu einem, zumindest formal, demokratischen politischen System. Seit dem fanden 1998, 2003 und 2008 weitere nationale Wahlen unter weitgehend friedlichen Umständen statt.

## 2.2 Politik, Verwaltung und Medien

### *Politik*

Kambodscha ist eine konstitutionelle Monarchie mit einem Mehrparteiensystem und ökonomisch als Marktwirtschaft strukturiert<sup>59</sup>.

Die Exekutive besteht aus dem König Norodom Sihamoni<sup>60</sup>, der seit seiner Krönung am 29. Oktober 2004 für die Bevölkerung des Königreichs Kambodscha (*Preăh Réachéanachâkr Kâmpuchéa*) als Staatsoberhaupt fungiert. Weiterhin zur Exekutive werden der Premierminister (seit 1985: Hun Sen), der das Regierungsoberhaupt verkörpert und der Ministerrat gezählt, dessen Mitglieder theoretisch durch den König, in der Praxis jedoch vom Premierminister ernannt werden. Die Legislative Kambodschas besteht aus zwei Kammern<sup>61</sup>: Der Nationalversammlung sowie dem 1999 eingerichteten Senat. Zum Zeitpunkt der Forschung wurde die Nationalversammlung von drei Parteien bestimmt: Der *Cambodian People's Party (CCP)* mit

---

<sup>57</sup> Die Hauptaufnahmeländer waren Australien, Frankreich, Kanada und die USA.

<sup>58</sup> Zu den Erfolgen und Problemen dieser Mission vgl. z.B. CHANDLER (1998): 238ff.

<sup>59</sup> Zum Folgenden vgl. MUNZINGER-ARCHIV (2004): 3ff; CIA (2008), NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2005): 17ff.

<sup>60</sup> Sohn von König Norodom Sihanouk und Königin Monineath

<sup>61</sup> Vgl. hierzu auch: NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2005): xix

47% der Sitze, der *FUNCINPEC*-Partei (Front Uni National pour un Cambodge Indépendant, Neutre, Pacifique, et Coopératif) mit 21% und der *Sam-Rainsy-Partei* (SRP) mit 22% der Sitze.

Außenpolitisch konnte Kambodscha sein Ansehen in den letzten Jahren stark steigern und ist mittlerweile Mitglied in verschiedenen regionalen und internationalen Organisationen<sup>62</sup>.

Zentrale innenpolitische Probleme Kambodschas sind der hohe Korruptionsgrad, eine schwache Rechtsstaatlichkeit und –sicherheit, insbesondere für ohnehin vulnerable Gruppen wie Arme, (allein stehende) Frauen oder ethnische Minderheiten, die Dezentralisierung und Dekonzentration politischer Herrschaftsstrukturen sowie ein Klima der Repression gegenüber Menschenrechtsaktivistinnen und –aktivisten und anderen gesellschaftspolitisch Engagierten<sup>63</sup>. Regional sind Grenzstreitigkeiten mit Thailand sowie mit Vietnam (hier insbesondere über die maritimen Grenzen) als zentrale politische Konflikte zu nennen<sup>64</sup>. Kambodscha ist zudem Ursprungs-, Ziel- und Transitland für Menschenhandel; insbesondere Frauen und Kinder werden als Prostituierte, Männer vor allem als Zwangsarbeiter missbraucht. Hinzu kommen Probleme bei der rechtlichen und politischen Vergangenheitsbewältigung<sup>65</sup>. Das kambodschanische Rechtssystem ist als schwach zu bewerten; Verbrechen wie Diebstahl, Vergewaltigung und organisierte Kriminalität sind weit verbreitet und werden kaum bestraft. Die Judikative in Kambodscha ist korrupt und mit der anfallenden Arbeit überfordert.

### *Verwaltungsstruktur*

Kambodscha umfasst 20 Provinzen (*khet*)<sup>66</sup>, deren Größe stark variiert, sowie vier provinzfremde Städte (*krong*)<sup>67</sup>. Jede Provinz ist in Bezirke (*srok*)- von denen insgesamt 122 existieren - und jede provinzfremde Stadt in Stadtbezirke (*sangkat*) untergliedert. Ein Bezirk besteht aus

---

<sup>62</sup> U.a. ist Kambodscha Mitglied der Vereinten Nationen und verschiedener UN-Sonderorganisationen (außer der IATA), der WTO, der Asiatische Entwicklungsbank, des IWF, der Weltbank, der Mekong-Fluss-Kommission und der ASEAN.

<sup>63</sup> Vgl. hierzu beispielsweise YUN (2005), PLAUT, CHANDARA (2005)

<sup>64</sup> Zu den jüngeren Konflikten mit Thailand und den anti-thailändischen Unruhen 2003 in Kambodscha vgl. HINTON (2006).

<sup>65</sup> Erst Mitte der 1990er Jahre wurde eine strafrechtliche Verfolgung der Führungskader der Roten Khmer erwogen und erst am 4. Oktober 2004 stimmte die kambodschanische Nationalversammlung der Einrichtung eines UN-Tribunals zu, das eine Aufarbeitung der Roten Khmer-Vergangenheit sicherstellen sollte, in dem sich die Führungskader der Organisation verantworten müssen. Am 20.11.2007 hat das Tribunal – nach langwierigen innen- und außenpolitischen Auseinandersetzungen - schließlich seine Arbeit aufgenommen. Vgl. hierzu auch HUMMITZSCH (2006), dessen Artikel eine umfassende Darstellung zur Geschichte und Entwicklung des Völkermordtribunals in Kambodscha enthält.

<sup>66</sup> Dies sind (in alphabetischer Reihenfolge): Banteay Meanchey, Batambang, Kampong Cham, Kampong Chhnang, Kampong Spue, Kampong Thom, Kampot, Kandal, Koh Kong, Kratie, Mondolkiri, Oddar Meanchey, Prey Veng, Preah Vihear, Pursat, Ratanakiri, Siem Reap, Stung Treng, Svay Rieng, Takeo. Alle weiteren Angaben aus: NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2006).

<sup>67</sup> Dazu zählen: Kep, Pailin, Phnom Penh und Sihanoukville.

mehreren Gemeinden (*khum*, insgesamt 1325 im ganzen Land), diese setzen sich wiederum aus Dörfern (*phum*, insgesamt landesweit 9386) zusammen.

### *Medien*

Die Medienlandschaft Kambodschas wird durch die regierende CPP beherrscht. Im Oktober 2002 existierten im Bereich Printmedien 160 Khmer- und 36 fremdsprachige Zeitungen (überwiegend in Englisch, Französisch und Chinesisch) und 61 Magazine (überwiegend in Khmer). Im bimedialen Sektor sendeten 2003 19 öffentliche und private Radiostationen sowie sieben Fernsehsender, die häufig zu staatlichen Propagandazwecken und damit zur Herrschaftssicherung eingesetzt werden. Insbesondere in den Städten, hat das Internet eine weite Verbreitung gefunden. Eine Recherche bei google.de ergab 669 000 Internetseiten mit der Domain .kh, die für Kambodscha steht<sup>68</sup>. Mit *Voice of Cambodia* hat das Land zudem ein eigenes Internetradio. Die offizielle Nachrichtenagentur des Landes ist die *Agence Khmère de Presse/Agence Kampuchea Press (AKP)*, die 1978 gegründet wurde.

Insgesamt genügen alle Medien in Kambodscha nur in Teilen den Ansprüchen einer demokratischen Medienlandschaft.

## **2.3 Ökonomie**

### *Allgemeiner Überblick*

Kambodscha ist eines der ärmsten Länder der Welt. 2003 lebten ca. 5 Millionen Kambodschanerinnen und Kambodschaner, das sind ca. 35% der Bevölkerung, unterhalb der Armutsgrenze.<sup>69</sup> Das geschätzte Bruttoinlandsprodukt betrug pro Kopf im gleichen Jahr 283 US\$<sup>70</sup>. 30 Kriegsjahre hinterließen die Bevölkerung verarmt sowie einen signifikanten Mangel an Fachkräften<sup>71</sup>. Insgesamt ist die Armut in Kambodscha in den letzten Jahren zwar leicht zurückgegangen, dennoch beträgt das durchschnittliche Pro-Kopf-Einkommen nur 322 US\$/Jahr, was Kambodscha in der Gruppe der *Least Developed Countries* (LCD) platziert. Mit Rang 129 (von 177) ist der *Human Development Index* des Landes im letzten Drittel der UN-Entwicklungsstatistik angesiedelt<sup>72</sup>. Kambodscha hat Auslandsschulden in Höhe von 3,208 Milliarden US\$, womit sich das Land Ende 2005 für einen 100% Erlass seiner Schulden beim IWF

---

<sup>68</sup> Internetrecherche vom 10.06.2007 bei www.google.de ausschließlich nach Seiten, welche die Domain .kh in der URL.

<sup>69</sup> Davon ca. 90% auf dem Land (vgl. zum Folgenden: AUßENWIRTSCHAFTSPORTAL BAYERN (2005)).

<sup>70</sup> MUNZINGER-ARCHIV (2004): 11. Das Gesamt-BIP belief sich 2005 auf geschätzte 5,477 Milliarden US\$ (AUßENWIRTSCHAFTSPORTAL BAYERN (2005))

<sup>71</sup> Eine ausführlichere Darstellung der historischen und aktuellen Entwicklung des kambodschanischen Wirtschaftssystems findet sich z.B. in NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2005): xxii ff.

<sup>72</sup> Vgl. UNDP (2006): 301.

(„Multilaterale Schuldenerlass Initiative“), qualifizierte. Die strukturellen Schwächen des kambodschanischen Wirtschaftssystems sind enorm:

„Ein personell aufgeblähter und schlecht qualifizierter Behördenapparat, Korruption (Transparency International kategorisierte Kambodscha zum ersten Mal in 2005 auf Platz 130 unter 159 gelisteten Ländern), ein unzureichendes Rechts- und Justizsystem, mangelhafte Infrastruktur, hohe Energiekosten, stagnierender Agrarbereich angesichts ungeklärter Grund- und Bodenverhältnisse und land-grabbing durch die Reichen und Mächtigen, (sowie) ein sich erst langsam entwickelndes Bankensystem mit noch unzureichendem Zugang des Privatsektors zu Finanzierungsinstrumenten“ (AUßENWIRTSCHAFTSPORTAL BAYERN (2005).

Weiterhin sind ein niedriges Bildungsniveau sowie die hohen Armutsraten zentrale Probleme Kambodschas auch im Bereich der Wirtschaft. Insbesondere die ländlichen und armen Bevölkerungsanteile partizipieren unterproportional am Wirtschaftswachstum von rund 7% jährlich, ein Umstand, dem die internationale Gebergemeinschaft verstärkt mit Forderungen nach „*pro-poor-growth*“-Maßnahmen begegnet.

Kambodscha ist Mitglied in allen wichtigen regionalen und internationalen Wirtschaftsorganisationen<sup>73</sup>.

### *Wirtschaftliche Struktur*

Trotz Reformanstrengungen und der massiven Unterstützung durch die Gebergemeinschaft, bleibt die wirtschaftliche Basis des Landes schwach und gegenüber externen Faktoren anfällig. Sie wird vom Agrarsektor und hier in erster Linie von der Subsistenzwirtschaft dominiert. Über 70% der Beschäftigten sind hier tätig, er trug 2005 27% zum Bruttoinlandsprodukt bei<sup>74</sup>. Dürren, mangelnde Bewässerungssysteme, Flutkatastrophen, eine geringe Produktivität sowie die schlechten Böden sorgen für nur geringe und zudem stark schwankende Erträge. Die Viehhaltung dient in erster Linie der Subsistenz, hier sind vor allem Rinder - Schweine- und Geflügelhaltung zu nennen. Die Forstwirtschaft Kambodschas ist von illegalen Abholzungen und unzureichendem Forstmanagement gekennzeichnet, so dass der Regierung hier dringend benötigte Steuergelder verloren gehen. Zudem gefährden diese Praktiken den Lebensraum vieler, in den waldreichen Gebieten im Norden und Nordosten Kambodschas lebenden, ethnischen Minderheiten sowie die Fischerei<sup>75</sup>. Der Anteil der Industrie am Bruttoinlandsprodukt betrug 2005 30%. Die vor allem für den Export produzierende Bekleidungs- und Textilindus-

<sup>73</sup> Hierzu zählen WTO, Weltbank, IWF, ASEAN, AFTA, APEC, Greater Mekong Subregion (GMS) und ADB.

<sup>74</sup> Reisanbau dominiert sowohl die Agrarproduktion (80%) als auch die kultivierten Flächen des Landes (87,5%) wobei zu bemerken ist, dass lediglich 20% der Gesamtfläche des Landes kultiviert werden, da der überwiegende Teil des Bodens nicht fruchtbar ist (vgl. MUNZINGER-ARCHIV (2004): 11).

<sup>75</sup> Vgl. OVESEN (1996): 7.

trie, in der in erster Linie Frauen beschäftigt sind<sup>76</sup> sowie die Verarbeitung von Agrarrohstoffen dominieren den industriellen Sektor Kambodschas. Von wachsender Bedeutung für die Ökonomie des Landes sind Baugewerbe und Dienstleistungen, die 35% zum BIP beitragen. Der Tourismus ist dabei einer der erfolgreichsten Wirtschaftszweige des Landes; die internationalen Besucherzahlen steigen seit 1993 stetig<sup>77</sup> an und belaufen sich 2005 auf 1,5 Millionen<sup>78</sup>.

Das Land hat lediglich begrenzte Mineralienvorkommen<sup>79</sup>, von denen die Gewinnung von Eisenerz sowie der Abbau von Bauxit und die Gewinnung von Salz wirtschaftlich lohnenswert sind. Erdöl- und Erdgasvorkommen vor der Küste von Sihanoukville werden gerade erst mit der Unterstützung des Chevron Texaco MOECO-LG Konsortiums erschlossen; erste Probebohrungen haben stattgefunden. Zukünftige Einnahmen hieraus werden auf ca. 500 Millionen US\$ pro Jahr geschätzt<sup>80</sup>.

Wie kaum ein zweites Land ist Kambodscha von Mitteln der Entwicklungszusammenarbeit (ODA) abhängig. Nahezu alle großen bilateralen und internationalen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit unterhalten Büros, zumeist in Phnom Penh, und Projekte im ganzen Land<sup>81</sup>. Für 2005 gewährte die Gebergemeinschaft rund 500 Mio. US\$ an Mittel der Entwicklungszusammenarbeit<sup>82</sup>, was einem Anteil der Netto-ODA von 12,5% am Bruttonationaleinkommen entspricht. Geknüpft an diese Gelder sind Reformforderungen insbesondere im Bereich der öffentlichen Verwaltung sowie im Sinne einer „good governance“, die auf den jährlich statt findenden Geberkonferenzen, unter Beteiligung bi- und multilateraler Geber, formuliert und überprüft werden.

---

<sup>76</sup> 2005 waren etwa 180 000 Arbeiterinnen in dieser Branche beschäftigt. Eine detaillierte Analyse der Situation von Arbeiterinnen in der Bekleidungsindustrie liefern GORMAN (1997) sowie DERKS (2005)

<sup>77</sup> Eine Ausnahme bildet das Jahr 2003, in der die Tourismuszahlen aufgrund der in Asien verbreiteten Lungenkrankung SARS zurück gingen.

<sup>78</sup> Vgl. AUßENWIRTSCHAFTSPORTAL BAYERN (2005); NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2005): xxvff.

<sup>79</sup> Im Wesentlichen Eisenerz, Bauxit, Gold, Silber, Zinn, Silikon, Mangan, Quarz, Granit, Kalkstein, Ton, Phosphat (vgl. MUNZINGER-ARCHIV (2004): 19).

<sup>80</sup> AUßENWIRTSCHAFTSPORTAL BAYERN (2005)

<sup>81</sup> Vgl. BITH-MELANDER (2005): 32 sowie WELTBANK (2004)

<sup>82</sup> Vgl. AUßENWIRTSCHAFTSPORTAL BAYERN (2005)

## 2.4 Gesellschaft und Kultur

### 2.4.1 Demographische Aspekte

Kambodscha hat 2005 13 995 904 Einwohnerinnen und Einwohner, was einer Bevölkerungsdichte von 77,3 Menschen pro km<sup>2</sup> entspricht<sup>83</sup>. Die überwiegende Mehrheit, mehr als 90%, der Bevölkerung, sind Khmer<sup>84</sup>. Amts- und Verkehrssprache ist das gleichnamige Khmer, das zur Gruppe der austroasiatischen Mon-Khmer-Sprachen gehört und über eine eigene komplexe Schrift verfügt. Minderheitensprachen sind Thailändisch, Chinesisch, Vietnamesisch<sup>85</sup> sowie Sprachen der in den Bergen lebenden Ethnien. Englisch hat Französisch als Bildungs- und Handelssprache in den meisten Bereichen abgelöst.

Eine größere indigene Minderheit<sup>86</sup> sind die *Cham*, die in den zentralen Provinzen nördlich und östlich von Phnom Penh siedeln und den Hauptanteil der Muslime<sup>87</sup> in Kambodscha stellen. Ihre Zahl ist von 750 000 vor 1975 durch die besonders intensive Verfolgung unter Pol Pot auf heute 200 000 gesunken. Aus wirtschaftlicher Sicht spielen insbesondere Chinesinnen und Chinesen eine wichtige Rolle, da sie – neben Khmer Frauen in Phnom Penh - den Handel dominieren<sup>88</sup>. Sie leben überwiegend in den Städten des Landes und sind in die Gesellschaft der Khmer meist vollständig integriert<sup>89</sup>.

Seit den 1990 Jahren ist die Zahl der kambodschanischen Flüchtlinge stark zurückgegangen. Viele sind aus den Flüchtlingslagern, insbesondere an der thailändischen Grenze, in ihre Heimatprovinzen zurück gekehrt. 2005 betrug die Zahl der kambodschanischen Flüchtlingen nur noch 18 000<sup>90</sup>. Die Land-Stadt-Migration hingegen, die in erster Linie als Arbeitsmigration zu verstehen ist, ist relativ hoch<sup>91</sup>.

---

<sup>83</sup> Diese Zahlen spiegeln jedoch nicht die sehr unterschiedliche Verteilung der Bevölkerung Kambodschas innerhalb des Landes wieder. Im dünn besiedelten Norden und Nordosten beträgt die Bevölkerungsdichte teilweise unter 2 Einwohnerinnen und Einwohnern pro qm<sup>2</sup>. Vgl. hierzu NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2005): 33.

<sup>84</sup> Indigene Minderheiten machen ca. 3 % der Bevölkerung aus und lassen sich in bis zu 30 unterschiedliche Gruppen unterteilen. Sie leben am Rand der kambodschanischen Gesellschaft und werden von den Khmer häufig als ihnen unterlegen wahrgenommen. Die meisten leben in den Bergen im Norden und Nordosten Kambodschas sowie in den angrenzenden Gebieten Vietnams von Wanderfeldbau; wenigen, wie z.B. den *Stien* und den *Brao* gehören mehr als 10 000 Menschen an. Neuere ethnographische Informationen über ethnische Minderheiten in Kambodscha sind so gut wie nicht verfügbar. Vgl. hierzu auch BOYDEN, GIBBS (2001): 48f; MINORITY RIGHTS GROUP INTERNATIONAL (1995); NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2005): 32ff. sowie OVESEN et al. (1996): 7ff.

<sup>85</sup> Ausführlich zu der besonderen Rolle, welche die vietnamesische Minderheit in Kambodscha politisch spielt, vgl. AMER (2006).

<sup>86</sup> Die im 15. Jahrhundert von Vietnam in das Gebiet des heutigen Kambodschas flüchteten.

<sup>87</sup> Die muslimischen Gemeinden sind in mehrere zumeist sunnitische Sekten unterteilt, von denen die wichtigsten die Shafi'ya, Jahed, Dakwah und die Wahhabiten sind.

<sup>88</sup> Dies resultiert aus dem Verbot für Chinesinnen und Chinesen Land für den Reisanbau zu besitzen oder zu kultivieren (vgl. OVESEN (1996): 10).

<sup>89</sup> Vgl. BOYDEN, GIBBS (2001): 49.

<sup>90</sup> UNDP (2006): 375.

<sup>91</sup> Aktuelle Zahlen hierzu finden sich in SECRETARIAT FOR NATIONAL COMMITTEE FOR POPULATION AND DEVELOPMENT (2004), vgl. auch MINISTRY OF PLANNING (2002): 6ff.



Die Bevölkerung Kambodschas ist sehr jung, mit einem Anteil der unter 15-jährigen von 34%. Der Anteil der städtischen Bevölkerung liegt bei 16%<sup>92</sup>. Zwischen städtischer und ländlicher Bevölkerung einerseits, sowie einer kleinen Elite von Händlerinnen und Händlern, militärischen und politischen Spitzenfunktionären und der überwiegenden Mehrheit der armen Land- und Stadtbevölkerung andererseits, herrschen große Einkommensgefälle: Der Gini-Koeffizient, als Kennzahl für die ungleiche Verteilung von Einkommen und Vermögen in einem Land, beträgt für Kambodscha 0,40<sup>93</sup>.

#### 2.4.2 Bildung

Das Bildungswesen in Kambodscha leidet nach wie vor unter der fast völligen Zerstörung öffentlicher Bildungseinrichtungen und der gezielten Verfolgung von Lehrpersonal und Intellektuellen während des Regimes der Roten Khmer, wenngleich der Aufbau, insbesondere durch starke internationale Unterstützung, voranschreitet. Traditionell waren buddhistische Mönche wichtiger Teil des Lehrkörpers des Landes, eine Rolle, die sie langsam wieder in einem signifikanten Ausmaß wahrnehmen können<sup>94</sup>. Die Alphabetisierungsrate betrug 2004 67,4% bei Frauen und 82,1% bei Männern und liegt damit immer noch signifikant unter dem Durchschnitt in Südostasien<sup>95</sup>. Es herrscht eine sechsjährige Schulpflicht ab dem sechsten Lebensjahr. Die Einschulungsquoten betragen 2004 81,9% für Mädchen und 80,2% für Jungen. Eine weiterführende schulische Ausbildung (*lower secondary* und höher) erhalten 8,6% der weiblichen und 13,6% der männlichen Jugendlichen. 88% der Kambodschanerinnen kommen nicht über eine Grundschulausbildung hinaus, im Vergleich zu 78% der männlichen Bevölkerung. Insbesondere Einrichtungen der sekundären und tertiären Bildung existieren nur in begrenzter Zahl und vor allem in den Städten des Landes.

#### 2.4.3 Kultur und soziale Organisation

Ausgehend von dem Argument dass,

„(e)fforts to reduce maternal mortality and morbidity must also address societal and cultural factors that impact women’s health and their access to services“ (THE FUTURES GROUP INTERNATIONAL (2000): 2),

---

<sup>92</sup> Vgl. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006a). Die Zahlen beziehen sich auf das Jahr 2004.

<sup>93</sup> Je stärker sich der Gini-Koeffizient 1 nähert ist, desto größer ist die Ungleichheit in der Verteilung. Zum Vergleich: Der Gini-Koeffizient in Deutschland betrug 2004 0,28 (vgl. UNDP (2006): 351).

<sup>94</sup> Vgl. BOYDEN, GIBBS (2001): 73. Dies bedeutet jedoch nur für Jungen einen Vorteil, da nur diese die Klosterschulen besuchen dürfen. Mädchen bleibt der Zutritt verwehrt.

<sup>95</sup> Zum Folgenden vgl. NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2004a): 18ff.

sollen im folgenden Kapitel einige Aspekte kambodschanischer Gesellschaftsorganisation und Kultur nachgezeichnet werden, die möglicherweise für die Gesundheit von Frauen von Bedeutung sein können<sup>96</sup>.

#### 2.4.3.1 Religion

Der Buddhismus ist seit Ende des 13. bzw. 15. Jahrhunderts<sup>97</sup> die dominierende Religion in Kambodscha und seit 1989 Staatsreligion des Landes; Religionsfreiheit ist jedoch garantiert. Der Theravada-Buddhismus ist die in Kambodscha am weitesten verbreitete Form, etwa 90% der Bevölkerung bekennen sich dazu<sup>98</sup>. Der Buddhismus spielt für die meisten Kambodschanerinnen und Kambodschaner immer noch eine wichtige Rolle und ist fast untrennbar mit ihrem Alltag verbunden. Zentrales Element des in Kambodscha praktizierten Buddhismus ist *Karma*, das von der Vorstellung der Wiedergeburt geprägt wird. Jedes Individuum lebt dabei entsprechend seines *Karmas* und wird davon bestimmt. Die Gesamtheit der Taten in früheren Leben wiederum bestimmt das aktuelle *Karma*: Je mehr ethisch gute Taten ein Individuum begangen hat, desto besser wird es ihr oder ihm im nächsten Leben gehen. Umgekehrt rächen sich (moralisch) schlechte Handlungen oder das Unterlassen guter Taten in zukünftigen Leben. Die aktuelle individuelle Lebenssituation ist somit kumulatives Resultat der Taten aus vergangenen Inkarnationen. Frauen nehmen einen niedrigeren religiösen Status ein, als Männer und müssen sich daher stärker als diese um gute Taten bemühen<sup>99</sup>.

Der Buddhismus wurde von den wechselnden politischen Regimen Kambodschas zu Mobilisierungs- und Legitimierungszwecken genutzt<sup>100</sup> und seine Ausübung unter Pol Po verboten.

---

<sup>96</sup> Diese Darstellung ist notwendigerweise statisch, erscheint zeitlos und abstrakt. Dies soll nicht bedeuten, dass die Kultur der Khmer statisch und zeitlos *ist*. Solche abstrakten Kulturelemente sind jedoch bei der Analyse der Fragestellungen dieser Arbeit von Bedeutung, da sie – zusammen mit den historischen, politischen und ökonomischen Aspekten - den landesspezifischen Kontext darstellen, vor dem die Ergebnisse der Forschung zu sehen sind. Problematisch ist in diesem Zusammenhang die Literaturlage: Die aktuellste, spezifisch ethnologische Studie zur kambodschanischen Kultur von OVESEN et al., ist zum Zeitpunkt der Forschung bereits fast zehn Jahre alt. Es existieren darüber hinaus nur einige wenige weitere ethnologische Studien, die alle vor 1975 entstanden sind. Vgl. beispielsweise das wohl im Zusammenhang mit ethnologischen Studien zu Kambodscha meist zitierte Werk von EBIHARA (1968). Neben EBIHARA sind nur noch zwei weitere Forscherinnen zu nennen, die im prärevolutionären Kambodscha ethnologische Feldforschungen durchgeführt haben: MARTEL von 1961-1962 (MARTEL (1975) und KALAB 1966 (KALAB (1968)). Alle diese Werke können selbstverständlich die vielfältigen, komplexen Aspekte der kambodschanischen Kultur und Gesellschaft nicht erschöpfend und detailliert behandeln. Die hier dargestellten Ergebnisse sind unter diesen Aspekten zu betrachten.

<sup>97</sup> Die Literaturangaben sind an dieser Stelle nicht eindeutig. Vgl. hierzu z.B. BOUR (2002): 5ff.

<sup>98</sup> Auf die vielfältigen Ursprünge des Buddhismus auf dem indischen Subkontinent und seine mannigfaltigen Adaptionen und Manifestationen in Kambodscha kann an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden. Im Folgenden werden daher nur einige, für das Verständnis von Kultur und Gesellschaft Kambodschas zentrale, Aspekte des Verhältnisses von Buddhismus und Zivilgesellschaft kurz erläutert. Ausführliche Darstellungen zu diesem Thema finden sich z.B. bei BUSWELL (2004) sowie HARRIS (2005).

<sup>99</sup> Vgl. EBIHARA (1968): 397.

<sup>100</sup> Vgl. hierzu OVESEN (1996): 74ff.

Ein Großteil der Mönche und der buddhistischen Laien (*sangha*) wurde von den Roten Khmer ermordet oder floh aus Kambodscha.

Anhängerinnen und Anhänger des Christentums sowie anderer Weltreligionen sind in Kambodscha in der absoluten Minderheit. So lebten 2001 beispielsweise nur etwa 19 900 römische Katholikinnen und Katholiken im Land.

Ein weiterer Aspekt des religiösen Lebens der Khmer im weitesten Sinne ist die Rolle der Ahnengeister (*neak ta*)<sup>101</sup>, deren Rolle hinsichtlich ihrer sozialen Grundlagen und ihrer Funktionen noch weitgehend unklar ist. Es gibt Hinweise darauf, dass die Geister eine Art Schutzfunktion einer Verwandtschaftsgruppe oder auch von im Familienbesitz befindlichen Ländereien wahrnehmen<sup>102</sup> Im Krankheitsfall werden die *neak ta* häufig dann angerufen, wenn indigene<sup>103</sup> oder schulmedizinische Therapieversuche fehlgeschlagen sind.

---

<sup>101</sup> Auch dieses Phänomen ist bislang kaum untersucht und kann daher an dieser Stelle nur in einigen Stichworten dargestellt werden.

<sup>102</sup> Vgl. OVESEN (1996): 72

<sup>103</sup> Wenn in der vorliegenden Analyse von „indigen“ und „schulmedizinisch“ die Rede ist, impliziert dies eine Vereinfachung, die kurz erläutert werden soll (vgl. hierzu auch BAER et al. (2003): 11 ff.). Moderne Medizin, Biomedizin, Schulmedizin und kosmopolitische Medizin sind alles Bezeichnungen für die Medizin, die ihren Ausgangspunkt in Europa hat und auf einem naturwissenschaftlichen Paradigma aufbaut, in Diagnostik und Therapie in erster Linie auf menschliche Physiologie und Pathophysiologie fokussiert und heute globalisiert ist. Heilung wird dabei über Prävention gestellt. Unter „schulmedizinisch“ wird also ein globales Paradigma verstanden, das auf internationalen Standards der biomedizinischen Forschung basiert. Es ist definiert durch einen systematischen, unpersönlichen, naturwissenschaftlichen Ansatz gegenüber Gesundheit und Krankheit. Häufig weicht dieser Ansatz stark von den Sichtweisen eines indigenen Paradigmas ab. Dieses ist meist von einer holistischen Betrachtungsweise geprägt und integriert dabei sozio-psychologisches, emotionales, spirituelles und physisches Wohlbefinden. Der schulmedizinische Ansatz basiert auf medizinischem Wissen und Technologien, die durch global agierende Spezialistinnen und Spezialisten und häufig in sehr kostenintensiven Forschungs-, Entwicklungs- und Vermarktungsprozessen hervorgebracht werden. Demgegenüber stehen Begriffe wie indigene, traditionelle oder nicht-westliche Medizin, die sich alle auf Medizinen beziehen, die sich nicht oder nicht hauptsächlich auf die Paradigmen der Schulmedizin beziehen. „Indigene“ medizinische Vorstellungen repräsentieren dabei ein Paradigma, das auf lokalem und regional verankertem Wissen basiert und in der lokalen (hier: kambodschanischen) Kultur verankert ist. Es fokussiert auf lokal verfügbare, medizinische Heilmittel, wie z.B. Kräutern und Wurzeln, die Teil des lokalen Wissen sind, das zu meist minimalen Kosten den Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt wird. Es muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass diese Unterscheidung lediglich analytischen Zwecken dient und in der Praxis häufig nicht eindeutig auseinander zu halten ist, da vielfältige wechselseitige Beeinflussungen statt finden, die eine exakte Trennung nicht sinnvoll erscheinen lassen. Die Dichotomisierung von Schulmedizin und indigener Medizin wurde in der rezenten, medizinethnologischen Literatur lange kritisiert und in weiten Teilen verlassen, in anderen Disziplinen findet ihre Anwendung jedoch noch weite Verbreitung und wird häufig unkritisch verwendet. Mit der Verwendung der Begriffe „indigen“ und „schulmedizinisch“ soll auch im Rahmen dieser Arbeit keine sich ausschließende Dichotomie postuliert werden. Die Interviewpartnerinnen selbst jedoch führen sie ein, weshalb sie als analytischer Rahmen genutzt wird (vgl. hierzu Kapitel VII.4.2.6). In den meisten Fällen handelt es sich jedoch um sich überschneidende oder auch komplementäre Konzepte, die eine synkretistische Auffassung der beiden medizinischen Systeme nahe legt. Von Schulmedizin soll dementsprechend gesprochen werden, wenn damit überwiegend die globalisierte Medizin, die sich an einem naturwissenschaftlichen Paradigma orientiert, gemeint ist und von indigener Medizin, wenn damit die lokalen Konzepte, Vorstellungen, Handlungsweisen und Technologien in Kambodscha angesprochen werden.

### 2.4.3.2 Soziale Organisation

Das kognatische Verwandtschaftssystem der Khmer<sup>104</sup> garantierte Frauen einen höheren sozialen Status als in anderen asiatischen Gesellschaften<sup>105</sup>. Eine Tendenz zur Matrifokalität und die bedeutende Rolle des Avunkulats deuten einige Autorinnen und Autoren als Relikt matriarchaler Strukturen einer untergegangenen Gesellschaft<sup>106</sup>, was jedoch durch neuere Forschungen nicht bestätigt wird<sup>107</sup>. Heutzutage tendieren junge Paare zu pragmatischeren Residenzformen: Die Familie, die das bessere Land hat, wird als Wohnort bevorzugt, oft geht dies mit neolokalen Residenzformen einher<sup>108</sup>.

Alle sozialen Beziehungen in Kambodscha sind hierarchisch strukturiert, wobei die Stratifikationslinie insbesondere entlang der Diade jung (*pqoun*) und alt (*bong*) verläuft<sup>109</sup>. Weitere Dimensionen, die in diesem Zusammenhang von Bedeutung sind, sind Geschlecht, wirtschaftlicher Status, Bildungsstand, Ruf der Familie, politische Position, Arbeitsplatz, religiöse Frömmigkeit u.a. Diese hierarchische Gesellschaftsordnung lebt davon, dass jedes Individuum diese beachtet und seinen Platz entsprechend einnimmt.

„The primary social rule (...) is ‚be discreet, unobtrusive, keep to your station‘. ‚In the tradition of Khmer moral training, to protest against a parent’s decision, to criticize one’s boss or spiritual master, to rebel against a husband is inadmissible‘ (...). Not only are such acts inadmissible, they are also foolish. ‚Going up against one’s superiors is considered futile because losing is inevitable‘” (OVESEN (1996): 34).

Die kambodschanische Gesellschaft wurde vielfach als „konservativ“ beschrieben<sup>110</sup>, in Sprichwörtern wird häufig auf die Bedeutung hingewiesen, das Alte zu bewahren und Dinge so zu tun, wie sie immer getan wurden<sup>111</sup>. Was als Unwilligkeit gegenüber Veränderungen erscheinen mag, hat in erster Linie eine sozio-ökonomische Funktion: Die Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung einer idealen, sozialen und kosmologischen Ordnung wird für das Funktionieren der kambodschanischen Gesellschaft als essentiell angesehen. Eine Störung dieser Ordnung wird mit Gefahr gleich gesetzt. Im Hinblick auf die jüngere kambodschanische Vergangenheit wird zudem eine weitere zentrale gesellschaftliche Funktion deutlich:

<sup>104</sup> Es misst sowohl der mütterlichen wie der väterlichen Linie Bedeutung bei der Konstruktion von Verwandtschaft sowie sozialer und ökonomischer Organisation bei.

<sup>105</sup> Zum Folgenden vgl. OVESEN (1996): 53ff.

<sup>106</sup> Vgl. z. B. NEPOTE (1992)

<sup>107</sup> Vgl. hierzu ausführlich LEDGERWOOD (1995)

<sup>108</sup> Vgl. JONG (1997): 26f.; LEDGERWOOD (1995): 253.

<sup>109</sup> Zum Folgenden vgl. BOYDEN, GIBBS (2001): 49f., OVESEN (1996): 33ff., FISCHER-NGYUEN (1994): 91ff. und PELLINI, AYRES (2005): 11.

<sup>110</sup> Vgl. z.B. MARTIN (1994)

<sup>111</sup> Vgl. FISHER-NGUYEN (1994)

„Although family relations, processes of cultural production and transmission, organization of power and distribution of wealth, religious world and ritual system, ethic and regulative principles, even daily routine itself have been upturned and lacerated by the tragic and tumultuous events of the last decades, their permanencies have provided a barrier against incisive and abrupt changes. However they have also represented an inexhaustible source of strength for surviving and preserving an identifying character in some way recognizable” (MATILDE (2000): 40).

Mit diesen *permanencies* stehen die dynamischen Prozesse der Globalisierung und die damit verbundenen Veränderungen auf allen gesellschaftlichen Ebenen in einem komplexen Prozess der Überlagerung, des Austausches und der Interdependenzen. Besonders deutlich wird dieses Phänomen in den Städten Kambodschas, am auffälligsten in Phnom Penh, der Hauptstadt des Landes, was auch in den Ergebnissen der vorliegenden Forschung deutlich wird<sup>112</sup>.

Ein sehr spezifisches, soziales Phänomen in Kambodscha ist die Tatsache, dass die Kernfamilie ein herausragendes – und häufig das einzige - gesellschaftliches Strukturierungselement darstellt<sup>113</sup>.

„On the whole, what may appear slightly surprising from a comparative ethnographic perspective is the absence among the Khmer of formally structured, functional kin groups beyond the nuclear family. Even solidarity between parents and married children is not institutionally formalized, and cannot be taken for granted in all situations (...). Thus, if in a formal, organizational sense it may be said that every household is an island“ (OVESEN et al. (1996): 55f. und 70).

Dies bedeutet, dass einem Ort, an dem ein Individuum keine engen verwandtschaftlichen Beziehungen hat, zunächst mit einem hohen Maß an Misstrauen und Angst begegnet wird<sup>114</sup>. Wenig kollektive Solidarität und Gemeinschaftsgefühl in sozialen oder ökonomischen Belangen scheint die Menschen sowohl in ländlichen wie auch in urbanen Zusammenhängen aneinander zu binden<sup>115</sup>. Neuere Untersuchungen<sup>116</sup> zeigen demgegenüber jedoch ein etwas anderes Bild: Informelle Netzwerke existieren auch in Kambodscha und sind häufig entlang von Verwandtschaftslinien organisiert. Darüber hinaus existieren jedoch auch andere, nicht-verwandtschaftlich gebundene, Zusammenschlüsse insbesondere in ländlichen Gebieten<sup>117</sup>. Insgesamt kann konstatiert werden, dass Bürgerkriege und insbesondere die Herrschaft der Roten Kh-

---

<sup>112</sup> Vgl. hierzu Kapitel VII

<sup>113</sup> Vgl. hierzu auch BOYDEN, GIBBS (2001): 51ff.

<sup>114</sup> Vgl. BOYDEN, GIBBS (2001): 52 sowie PELLINI, AYRES (2005): 9ff.

<sup>115</sup> Über die Hintergründe dieser Charakteristika sozialer Beziehungen ist wenig bekannt und wird viel spekuliert. Häufig werden die langen Kriegsjahre für diesen Umstand verantwortlich gemacht. Es ist jedoch weitestgehend unklar, wie die Gesellschaft vor der Zeit der Roten Khmer landesweit strukturiert war. Vgl. hierzu BOYDEN, GIBBS (2001): 55.

<sup>116</sup> Vgl. z.B. PELLINI, AYRES (2005)

<sup>117</sup> Häufig sind diese um ein buddhistisches Kloster organisiert. Hier kann während der Erntezeit die Formierung einer Art Nachbarschaftshilfe bei der Bewältigung aufwendiger Feldarbeiten beobachtet werden, ebenso sind institutionalisierte Formen der Selbsthilfe in Form von Sparvereinigungen etabliert. Vgl. hierzu OVESEN et al. (1996): 70, PELLINI, AYRES (2005): 11ff.

mer, das Vertrauen in Institutionen wie Familie und Religion stark beschädigt, jedoch nicht völlig zerstört haben.

Für die Strukturierung der kambodschanischen Gesellschaft sind neben der Kernfamilie Patronage-ähnliche Beziehungen von Bedeutung<sup>118</sup>. Hierbei handelt es sich um ein Netz aus komplexen Beziehungen zwischen einem Patron und seinem Klienten, die sich dyadisch, vertikal und komplex darstellen und offiziellen (verwandtschaftlichen oder administrativen) Beziehungen entgegen laufen oder diese häufig auch ersetzen. Diese Art von Beziehung enthält gegenseitige Verpflichtungen: Der Patron ist z.B. in Zeiten der ökonomischen Hilfsbedürftigkeit seitens des Klienten für Hilfestellungen, etwa in Form von Kreditvergaben, verantwortlich. Umgekehrt wird vom Klienten erwartet, dass er seinen Patron zu einem anderen Zeitpunkt z.B. bei der Feldarbeit unterstützt.

#### 2.4.3.3 Das Geschlechterverhältnis und der Status von Frauen

Wie in jeder anderen Gesellschaft ist auch in Kambodscha das Geschlechterverhältnis komplex, häufig widersprüchlich und vieldeutig.

Die im vorangegangenen Punkt angesprochenen, hierarchischen Aspekte in sozialen Beziehungen werden im Geschlechterverhältnis besonders deutlich. Die unterschiedlichen Wissensbestände, Werte, Konzepte und Perspektiven der in dieser Studie im Mittelpunkt stehenden Frauen, werden von Konzepten zum Geschlechterverhältnis und dem Frauenbild in Kambodscha beeinflusst und bilden den Kontext, in dem sie sich bewegen. Dieser Kontext wiederum wird selbst durch materielle und strukturelle Grenzen bestimmt, welche in den allgemeinen Statistiken zur Situation von Frauen in Arbeit, Bildung, gesellschaftlichem Leben sowie historischen Umständen zum Ausdruck kommen<sup>119</sup>.

#### *Legislative, politische und zivilgesellschaftliche Situation*

Entsprechen der nationalen Gesetzgebung sowie der Verfassung von 1993 sind Frauen und Männer vor dem Gesetz gleich; die kambodschanische Regierung hat zudem die *Convention on Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW)* unterzeichnet<sup>120</sup>. Im Rahmen nationaler<sup>121</sup> und internationaler<sup>122</sup> Foren und der Zusammenarbeit mit Geberorgani-

---

<sup>118</sup> Zum Folgenden vgl. PELLINI, AYRES (2005): 11 ff.

<sup>119</sup> Um diese darstellen zu können, wurde in erster Linie auf Dokumente und Darstellungen von Regierungsbehörden sowie nationaler und internationaler Nichtregierungsorganisationen zurückgegriffen, die in die Sammlung sozialer und ökonomischer Daten des Landes involviert sind.

<sup>120</sup> Vgl. UNIFEM (2004): 147.

<sup>121</sup> Wie z.B. das *Women's Forum* oder das *Gender and Development Network*

<sup>122</sup> Wie z.B. der *Technical Working Group on Gender*

sationen versucht das *Ministry of Women's Affairs (MoWA)*<sup>123</sup> die Aktionsplattform von Peking<sup>124</sup> in nationale Politik umzusetzen. An der geschlechtersensitiven Anpassung der Millennium Entwicklungsziele hat das Ministerium ebenso mitgewirkt, wie an der Entwicklung eines nationalen Entwicklungsplans 2006-2010 und hat zudem mit „*A fair share for women*“<sup>125</sup> ein nationales *Gender Assessment* durchgeführt, das bislang einmalig in Kambodscha ist.

Ende 2004 waren 24 kambodschanische und 31 internationale Nichtregierungsorganisationen im Land aktiv, die spezifisch zu Frauen- und Geschlechterfragen arbeiten<sup>126</sup>. Viele weitere NGOs haben Genderthemen auf ihre Agenda gesetzt, veranstalten Fortbildungen und sorgen grundsätzlich dafür, dass diese Themen auf der politischen Tagesordnung stehen. NGO-Netzwerke zu Geschlechterfragen koordinieren die gemeinsamen Bemühungen all dieser Organisationen.

Es scheint jedoch, als ob die rechtliche Gleichstellung von Frauen und Männern in vielen Teilen der Gesellschaft noch nicht verwurzelt werden konnte<sup>127</sup>. Kambodscha hat einen der niedrigsten GDI (*Gender Development Index*)<sup>128</sup> - sowie *Gender Empowerment Measure*<sup>129</sup>-Werte Asiens, was u.a. den Umstand reflektiert, dass Frauen in politischen Entscheidungsstrukturen deutlich unterrepräsentiert sind. Nur zwei der 28 Minister- und nur vier der 50 Staatssekretätersposten sind mit Frauen besetzt. Entsprechend der Millennium Entwicklungsziele fordern die Vereinten Nationen einen 30% Frauenanteil in politischen Entscheidungsstrukturen, wie Parlamenten, was in Kambodscha mit einem Frauenanteil von 8,5% in den Stadt- und Gemeindeparlamenten noch lange nicht verwirklicht ist<sup>130</sup>.

Problematisch sind zudem die Komplexität und die Vielfältigkeit, in der sich die Benachteiligung von Frauen und Mädchen zeigt. Die ehemalige Frauenministerin Kambodschas, Mu Sochua meint hierzu:

„Discrimination against women pervades all aspects of life, making the problem nebulous and difficult to attack“ (Mu Sochua zitiert in: KVASAGER, NAREN (2005): 10).

### Ökonomie und Arbeitsmarkt

<sup>123</sup> Eine ausführliche Darstellung der Arbeit des MoWA findet sich z.B. bei MINISTRY OF WOMEN'S AFFAIRS (2004).

<sup>124</sup> Vgl.: [www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/plat1.htm](http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/plat1.htm) (18.06.2007)

<sup>125</sup> UNIFEM et al. (2004)

<sup>126</sup> Eine ausführliche Analyse zur historischen und aktuellen Situation von Nichtregierungsorganisationen in diesem Tätigkeitsfeld vgl. KUMAR, BALDWIN (2001): 129ff. Vgl. auch MINISTRY OF WOMEN'S AFFAIRS (2004): 4.

<sup>127</sup> Vgl. hierzu z.B. KVASAGER, KUCH (2005): 10ff.

<sup>128</sup> Mit einem Wert von 0,578 entspricht dies weltweit Rang 97 (UNDP (2006): 381).

<sup>129</sup> Vgl. [http://hdr.undp.org/reports/global/2003/indicator/indic\\_207\\_1\\_1.html](http://hdr.undp.org/reports/global/2003/indicator/indic_207_1_1.html) (19.06.2007).

<sup>130</sup> Alle Zahlen aus UNIFEM et al. (2004): 123ff.

Dabei wird die Ungleichheit des Geschlechterverhältnisses, außerhalb der Ebene der formalen Regelungen, insbesondere in ökonomischen Zusammenhängen deutlich<sup>131</sup>.

Frauen stellen 52% des Arbeitskräftepotenzials in Kambodscha und die Erwerbsquote von Frauen ist mit 82% eine der höchsten in Südost-Asien. 53% der Frauen sind im Vergleich zu 32% der ökonomisch aktiven Männer – oft neben ihren bezahlten Tätigkeiten - im Rahmen unbezahlter Familienarbeit tätig.

Die Bekleidungs- und Textilindustrie ist die Hauptquelle bezahlter Arbeit für Frauen in Kambodscha; rund 90% der Belegschaft sind weiblich<sup>132</sup>. Geschätzte 180 000 Arbeiterinnen, die jeweils wiederum 4 bis 9 weitere Menschen mit ihrer Arbeit unterstützen und damit ca. 1,5 Millionen Menschen, leben von diesem Industriezweig, einschließlich der Jobs im informellen Sektor. Aufgrund von Handelsliberalisierungen und dem Beitritt Kambodschas zur WTO 2005, sind die Zukunft dieses Industriezweiges und somit auch die Arbeitsplätze von Frauen in diesem Bereich jedoch unsicher. Grundsätzlich liegen die Arbeitslöhne für Männer im Durchschnitt um 33% höher als die von Frauen.

### *Bildung*

Die Auswahl an bezahlten Arbeitsplätzen wird in hohem Maße vom Ausbildungsniveau der Bewerberinnen und Bewerber bestimmt. Die ungleiche Situation in den Bildungsabschlüssen bei Männern und Frauen hat Konsequenzen für die Chancen von Frauen auf dem Arbeitsmarkt. Wenige Frauen sind so gut ausgebildet, dass sie mit Männern, insbesondere um Führungspositionen, konkurrieren könnten.

Rund 45% der Kambodschanerinnen sind völlige Analphabetinnen<sup>133</sup> im Gegensatz zu 25% der Männer; zudem sind 28% der Frauen und 26% der Männer „semi-illiterate“ (UNIFEM et al. (2004): 81), womit 71% der Frauen und 50% der Männer als „functionally illiterate“ (UNIFEM et al. (2004): 81) zu bezeichnen sind.

Während etwa gleich viele Mädchen wie Jungen eingeschult werden, kommen auf 100 Jungen, die eine weiterführende Schule besuchen, lediglich 63 Mädchen, ein Verhältnis, das sich mit der Länge des Schulbesuchs auf 32 zu 100 für weiterführende Schulen verschlechtert<sup>134</sup>.

### *Gewalt gegen Frauen und Mädchen*

<sup>131</sup> Zum Folgenden vgl. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005b): 34 und UNIFEM et al. (2004): 33ff.

<sup>132</sup> Vgl. UNIFEM et al. (2004): 47f.

<sup>133</sup> Vgl. zum Folgenden KVASAGER, KUCH (2005): 10 und UNIFEM et al. (2004): 71ff.

<sup>134</sup> In Bezug auf das Erreichen der kambodschanischen Millennium Entwicklungsziele Nummer 2 und 3, die sich mit dem Thema Bildung befassen, hat die kambodschanische Regierung ihren Handlungsschwerpunkt mit ihrem Programm „*Education for all*“, das eine universelle Basisschulbildung für alle kambodschanischen Kinder bis 2010 vorsieht, auf Grundbildung gelegt; sekundäre und tertiäre Ausbildungsmöglichkeiten bleiben ein Stiefkind der Bildungspolitik.



Eine der beunruhigendsten Entwicklungen in der kambodschanischen Gesellschaft ist die zunehmende Gewalt gegen Frauen und Mädchen in Form von häuslicher Gewalt, Vergewaltigung<sup>135</sup>, Gewalt gegen Prostituierte und sogenannte *beer promotion girls*<sup>136</sup> sowie Menschenhandel, bei dem vor allem Frauen und Mädchen in Nachbarländer zum Zwecke der Prostitution verschleppt werden<sup>137</sup>. Aus diesem Grund hat die kambodschanische Regierung das MDG Nummer 3 um das Ziel der Eliminierung aller Formen von Gewalt gegen Frauen ergänzt. Der Zusammenhang zwischen Gewalt gegen Frauen und Mädchen und HIV/AIDS wird erst langsam von offiziellen Stellen anerkannt<sup>138</sup>. Ein nationales Gesetz gegen häusliche Gewalt pasierte erst nach monatelangem Ringen die Nationalversammlung und wurde von einigen Frauenrechtsorganisationen als völlig unzureichend kritisiert.

Es wird geschätzt, dass mindestens 100 000 Frauen und Mädchen als Prostituierte tätig sind. Diese Frauen sind einer Reihe von Missbrauchsmöglichkeiten besonders schutzlos ausgeliefert, da sie keinerlei arbeitsrechtliche Absicherungen haben oder irgendeine Form von sozialem Schutz genießen. Sexarbeiterinnen, oft in dieses Gewerbe aufgrund von Armut getrieben oder dorthin verkauft, werden von ihren Familien und Heimatgemeinden geächtet.

### *Der sozio-kulturelle Kontext*

Auf gesellschaftlicher Ebene werden – wie bereits erwähnt - im Allgemeinen Männer als Frauen überlegen angesehen<sup>139</sup>. Die gesellschaftlich geforderten Verhaltensnormen für ein Individuum, sich entsprechend seinem sozialen Status zu verhalten, sind für Frauen strenger als für Männer und umfassen verschiedene Aspekte.

„Women demonstrate their high status through proper behaviour. This includes both proper comportment and correct actions. Women are to talk slowly and softly, be so quiet in their movements that one cannot hear the sound of their silk skirt rustling. While she is shy and must be protected, before marriage ideally never leaving the company of her relatives, she is also industrious. Women must know how to run a household and control its finances. She must act as an advisor to her husband as well be his servant“ (LEDGERWOOD (1992): 4).

---

<sup>135</sup> Einschließlich Gruppenvergewaltigungen, sogenannten „gang rapes“

<sup>136</sup> Zur Situation dieser Gruppe von Frauen, die in Restaurants und Kneipen jeweils für eine bestimmte Biersorte werben, dabei besonders häufig direkter und indirekter Gewalt von Männern ausgesetzt sind und zudem Gefahr laufen in die Prostitution abzurutschen, vgl. CARE (2005).

<sup>137</sup> Vgl. hierzu DUVVURY, KNOESS (2005) sowie WALSH (2007)

<sup>138</sup> Vgl. DUVVURY, KNOESS (2005)

<sup>139</sup> Was unter anderem auch sprachlich zum Ausdruck kommt. So bezeichnet eine Frau ihren Ehemann als *bong* (Bezeichnung für jemanden der oder die älter ist bzw. einen höheren sozialen Status inne hat als Ego), unabhängig vom Alter oder sozialen Status des Ehemannes (Quelle: Gespräch mit verschiedenen kambodschanischen Kontaktpersonen am 28.11.2005; vgl. auch o.A. (2007): OXFORD ADVANCED-LEARNER'S DICTIONARY: 624.)

Grundlage für diese sozialen Normen und Regeln für die „ideale“ Frau (*srey kruap leak*) ist der Verhaltenskodex *chbap srey*<sup>140</sup>, der jedoch in seiner Rigidität für Frauen in Kambodscha kaum lebbar ist. Diese Texte sowie viele Sagen, Geschichten, Liedern und Sprichwörtern<sup>141</sup> beschreiben die Bedeutung angemessenen Verhaltens für Khmer im Allgemeinen und Khmer Frauen im Besonderen<sup>142</sup>. Demnach zeichnet sich eine „ideale“ Frau durch Eigenschaften aus, die allesamt der Familienehre dienlich sind und auf drei Ebenen zum Ausdruck kommen: In allgemeinen Verhaltensweisen der Frau, ihrer Sprechweise und in ihrer Sexualität<sup>143</sup>: Auf der Verhaltensebene ist sie schüchtern und ruhig. Im Sprechen ist die „ideale“ Frau zurückhaltend und kontrolliert, niemals fängt sie Streit an. Sie sorgt im Haus für eine friedvolle und sichere Atmosphäre und widmet sich ganz dem Wohlergehen ihres Ehemannes, ihrer Kinder und Eltern. Auf einer sexuellen Ebene ist eine unverheiratete Frau *Virgo*, sie ist unschuldig und damit verletzlich. Sie soll das Haus nicht alleine verlassen und in der Öffentlichkeit keinerlei Aufmerksamkeit – insbesondere keine männliche - auf sich ziehen, z.B. durch lautes Lachen oder unpassendes Sitzen oder Gehen<sup>144</sup>. Ein bekanntes Sprichwort der Khmer sagt:

„Men are like gold [or diamonds]: if it is dropped in the mud, it can be washed completely clean and is still gold. But women are like white cotton cloth: once it is soiled in the mud, it can be washed but never made clean again” (LEDGERWOOD (1996b): 141).

In den Augen vieler Khmer ist dieses Bild der “idealen” Frau nach der französischen Kolonialherrschaft nicht mehr realistisch. Dennoch bleibt es im aktuellen Diskurs über Frauenbilder und das Geschlechterverhältnis dominant. Das Verhalten von Frauen und ihre Denkweisen haben Auswirkungen auf Männer und die gesamte Familie. Sie beeinflussen die soziale Ordnung, vor allem den sozialen Aufstieg ihrer Ehemänner, ihr Charakter und ihr Verhalten schaffen die Voraussetzungen für Erfolg oder Niedergang ganzer Familien<sup>145</sup>. Obwohl all diese Vorstellungen als gegeben angenommen und sich als solche auf sie bezogen wird, von Männern wie von Frauen, werden sie, wie andere Aspekte sozialer und kultureller Normen, im alltäglichen Leben ständig neu konstruiert und geschaffen. Es ist falsch anzunehmen, die Geschlechterverhältnisse in Kambodscha seien ein festgelegtes System; vielmehr ist es aus

<sup>140</sup> Übersetzt etwa: „Verhaltenskodex für Frauen“ (vgl. o.A. (2007): 351). Dieser ist Teil einer Sammlung von Kodizes, die eine beliebte Lektüre in Kambodscha ist und zudem in Schulen gelehrt wird. Entsprechen dem *chbap srey* für Frauen gibt es einen *chbap bros* für Männer.

<sup>141</sup> Vgl. hierzu z.B. LEDGERWOOD (1996b), AING (2004): 495ff., DERKS (2005): 28f., FISHER-NGUYEN (1994): 96ff.

<sup>142</sup> Diese Sachverhalte werden im Folgenden kurz dargestellt, um an späterer Stelle verständlich machen zu können, wie diese Ideale, Konzepte und Verhaltensmuster den Alltag, das Leben und die Sichtweisen von (schwangeren) Frauen in Phnom Penh beeinflussen.

<sup>143</sup> Zum Folgenden vgl. LEDGERWOOD (1996b): 140ff sowie GREENWOOD, FRANCIS (2001): 8ff.

<sup>144</sup> Vgl. KHMER WOMEN’S VOICE CENTRE (1996): 34.

<sup>145</sup> Vgl. BITH-MELANDER (2005): 33.

widersprüchlichen Ideologien zusammen gesetzt und unterliegt ständigen Veränderungen. Khmer Frauen werden auf der einen Seite der „traditionellen“ Khmer Kultur zugeordnet, jedoch auch als Symbol von Fortschritt und Moderne portraitiert. Für verheiratete Frauen und insbesondere Frauen mit Kindern, die bereits „bewiesen“ haben, dass sie einen Haushalt führen können, werden die Verhaltensregeln zudem lockerer gehandhabt; Alter gilt dann wieder als das entscheidende Kriterium sozialer Verhaltenserwartungen. Hinsichtlich Entscheidungskompetenzen und in Fragen der Finanzen eines Haushaltes, gelten Frauen im Allgemeinen als „the keeper of family wealth“ (OVESEN (1996): 60), was ihnen durchaus eine machtvolle Position innerhalb eines Haushaltes verschaffen kann. Auch bedeutet ihre Teilnahme am Arbeitsprozess<sup>146</sup> – auf den Reisfeldern ebenso wie als Verkäuferinnen auf Märkten – sowohl soziale Erfahrungen wie auch Einfluss, wenn auch nicht im Sinne sozialer und oft auch ökonomischer Unabhängigkeit. Von Bedeutung für das Geschlechterverhältnis in Kambodscha ist somit nicht nur der vergleichsweise untergeordnete Status von Frauen, sondern auch ihre Möglichkeiten und ihr innovatives Potential die sie nutzen, um mit widrigen ökonomischen und sozialen Verhältnissen fertig zu werden. Dennoch muss festgehalten werden, dass Frauen im öffentlichen Leben und insbesondere in Führungspositionen deutlich unterrepräsentiert und sie somit von den Schlüsselpositionen der Macht, die über den einzelnen Haushalt hinausgeht, ausgeschlossen sind. Frauen tendieren dazu, die Aktivitäten zu regeln, die in der häuslichen Domäne, d.h. in der Nähe des Hauses oder im Haus anfallen. Demgegenüber agieren Männer vor allem im öffentlichen Raum oder verrichten Arbeiten, die weniger ortsgebunden sind. Arbeitsmigration, insbesondere von ländlichen Gegenden in die Stadt, ist für Männer eine Selbstverständlichkeit und weit verbreitete Praxis, um z.B. in Zeiten schlechter Ernten das Überleben der Familie zu sichern<sup>147</sup>. Die Arbeitsmigration von Frauen hingegen ist zwar ebenfalls weit verbreitet, jedoch genießen diese Frauen in ihren Herkunftsdörfern einen zweifelhaften Ruf; sie sind zudem geschlechtsspezifischen Gefährdungen ausgesetzt, wie z.B. Prostitution<sup>148</sup>.

Zusammenfassend gesprochen ist das Geschlechterverhältnis in Kambodscha von Widersprüchlichkeiten gekennzeichnet: Einerseits werden Frauen durch die geltenden kulturellen Normen, die durch das *Chbap srey* definiert werden, an die Sphäre des Hauses gebunden. An-

---

<sup>146</sup> Dies wurde besonders in den Jahren nach dem Ende des Pol Pot-Regimes deutlich, die von einer demographischen Dysbalance gekennzeichnet war, Frauen bis zu 75% der erwachsenen Bevölkerung stellten und somit häufig gezwungen waren, auch die Arbeiten zu verrichten, die üblicherweise eher von Männer übernommen wurden (z.B. Felder pflügen, Transporttätigkeiten verrichten etc.). Zur Situation von Frauen in der Zeit unmittelbar nach der Ära der Roten Khmer vgl. BEAUMONT (1981).

<sup>147</sup> Vgl. INSTITUTE OF STATISTICS (2004a): 31; DERKS (2005): 38.

<sup>148</sup> Vgl. hierzu die ausführliche Studie zur Situation von Arbeitsmigrantinnen in Phnom Penh von DERKS (2005).

dererseits erfordern insbesondere ökonomische Rahmenbedingungen, dass Frauen diese Sphäre auch verlassen und wirtschaftlich aktiv werden. Diese Erfordernisse stellen somit auch eine Chance für Frauen dar, an der ökonomischen, politischen und sozialen Entwicklung ihres Landes teilzuhaben und diesen Prozess aktiv mitzugestalten.

Die Darstellung der Situation von Frauen in Kambodscha weist auf komplexe und komplizierte Wechselwirkungen zwischen den Ebenen der Individuen, der Haushalte, des Staates und der Ebene globaler Prozesse hin. Es ist deshalb von zentraler Bedeutung, den komplexen Dualismus zwischen Strukturen der Ungleichheit von Macht, Einfluss und Reichtum innerhalb einer globalen Ökonomie sowie auf nationaler Ebene und dem Alltag und den individuellen Ansichten, Bedürfnissen und Vorstellungen der Frauen im Auge zu behalten.

#### 2.4.4 Gesundheit

Nach den Erläuterungen des allgemeinen historischen, politischen, ökonomischen und soziokulturellen landesspezifischen Kontextes, steht nun das Thema Gesundheit in Kambodscha im Mittelpunkt der Analyse<sup>149</sup>.

Am Beginn steht ein kurzer, historischer Abriss des kambodschanischen Gesundheitssystems, daran anschließend werden die zentralen, gesundheitlichen Probleme der Bevölkerung, unter besonderer Berücksichtigung der reproduktiven Gesundheit von Frauen, dargestellt. Hiernach werden die Grundzüge der Gesundheitspolitik sowie des Gesundheitsversorgungssystems in Kambodscha erläutert. Die Darstellung des Forschungsstandes zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen der Bevölkerung erfolgt im Rahmen des letzten Punktes.

##### 2.4.4.1 Historische Entwicklungen des kambodschanischen Gesundheitssystems

Die gesundheitliche Situation der Bevölkerung in Kambodscha, die Struktur und die aktuellen Probleme des kambodschanischen Gesundheitssystems sind bis heute u.a. Folge historischer Entwicklungen<sup>150</sup>, insbesondere der Jahre 1975-1979.

---

<sup>149</sup> Dabei ist vorab zu bemerken, dass die Datenlage bezüglich des Gesundheitssystems im Allgemeinen und der reproduktiven Gesundheit, und hier insbesondere der Situation von Schwangeren, im Besonderen trotz der Bemühungen des Gesundheitsministeriums, weiterhin als unzureichend zu bezeichnen ist. Im Jahr 2005 wurde das zweite *Demographic and Health Survey* in Kambodscha durchgeführt, das detaillierte Angaben über die demographische und gesundheitliche Situation der kambodschanischen Bevölkerung liefern soll. Obwohl dieses Survey von internationalen Organisationen finanziell und logistisch unterstützt wird, bleibt die Datenqualität in einigen Bereichen aufgrund fehlender Berichtssysteme mangelhaft. Dies ist auch bei den nachfolgenden Ausführungen, die sich auf das Survey stützen, zu berücksichtigen.

<sup>150</sup> Eine ausführliche Darstellung der historischen Entwicklungen des kambodschanischen Gesundheitssystems findet sich bei CROCHET (2001a), CROCHET (2001b) sowie bei SARRE (1987).

Die Anfänge<sup>151</sup> des kambodschanischen Gesundheitssystems liegen in den letzten Jahren der französischen Kolonialherrschaft und haben ihre Wurzeln in der Notfallversorgung von militärischem Personal. Mit der Durchführung von Impfkampagnen und der Ausgabe des Malaria-mittels Chinin, erfuhr das Gesundheitssystem in den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts eine Ausweitung. 1922 existierten bereits 11 Krankenhäuser in Kambodscha, die jedoch fast alle in Phnom Penh angesiedelt waren. Die ländlichen Gebiete blieben ohne formale Gesundheitsversorgung. Die Landbevölkerung konnte jedoch auf ein Netzwerk indigener Heilerinnen und Heiler zurückgreifen, zu denen u.a. Geistheilerinnen und -heiler, indigene Hebammen sowie Mönche zählten. Mit der Unabhängigkeit von Frankreich 1954, wurde der Gesundheitsversorgung und dem Aufbau eines Gesundheitssystems von Seiten der Regierung große Bedeutung zugemessen. Bis 1969 wurden 403 Gesundheitszentren und -posten auf Distrikt-Ebene eingerichtet, die, insbesondere für die Entwicklung und Durchführung von Impfprogrammen, technische Unterstützung durch medizinisches Personal aus Frankreich erhielten. Diese Einrichtungen waren personell und logistisch meist schlecht ausgestattet, gut ausgebildetes medizinisches Personal verließ nur ungern die Hauptstadt um in den Provinzen zu arbeiten. Während der Lon Nol-Periode wurden viele Gesundheitseinrichtungen kriegsbedingt zerstört, in der Hälfte der Krankenhäuser konnte nicht mehr operiert werden. In den Jahren der Roten Khmer (1975-1979) kam die medizinische Versorgung der Bevölkerung durch die weitere Zerstörung von Einrichtungen sowie durch die Ermordung eines Großteils der Ärztinnen und Ärzte<sup>152</sup> fast vollständig zum Erliegen. Mit der Machtübernahme durch Vietnam 1979, kam es zu einem Wiederaufbau der nationalen Gesundheitsversorgung, wobei der Schwerpunkt auf der Ausbildung von Personal und der quantitativen Wiederherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung lag. Seit 1993 hat sich das Gesundheitsministerium zu einem der leistungsfähigsten Ministerien Kambodschas entwickelt und neben der Reorganisation der Verwaltungsstruktur des kambodschanischen Gesundheitssystems auch seine logistischen Komponenten verbessert sowie seine Finanzierung schriftlich niedergelegt<sup>153</sup>.

#### 2.4.4.2 Zentrale gesundheitliche Probleme der kambodschanischen Bevölkerung

Die zentralen gesundheitlichen Probleme der kambodschanischen Bevölkerung zeigen das typische Bild eines Entwicklungslandes. Die Lebenserwartung bei Geburt ist für Frauen und Männer entsprechend niedrig: 58,3 bzw. 54,5 Jahre. Bakterielle, virale und durch Protozoen

---

<sup>151</sup> Vgl. zum Folgenden: GROVE et al. (2002): 9ff.

<sup>152</sup> Von den ursprünglich ca. 1000 Ärztinnen und Ärzten, die z.T. sehr gut ausgebildet waren, waren 1979 weniger als 50 noch am Leben (vgl. MEDICINES SANS FRONTIERS (2001): 9.).

<sup>153</sup> Vgl. TAYLOR ASSOCIATES INTERNATIONAL (1999): 2ff.

verursachte Infektionskrankheiten, Gastroenteritiden, Verkehrsunfälle und geburtshilfliche bzw. gynäkologische Komplikationen stellen die zentralen Morbiditäts- und Mortalitätsursachen dar<sup>154</sup>. Weiterhin sind HIV-Infektionen und AIDS ein wichtiges gesundheitliches Problem<sup>155</sup>. Kambodscha hat eine der höchsten Amputationsraten der Welt, aufgrund der immer noch bestehenden Gefahren, die von unentdeckten Landminen ausgehen. Derzeit leben etwa 57 000 Menschen mit Amputationen im Land, davon 40 000 aufgrund von Minenunfällen<sup>156</sup>. Die Zahl der durch Verkehrsunfälle verursachten Verletzungs- und Todesfälle ist seit 1995 steigend. Im Jahr 2005 wurden etwa 600 Personen durch Verkehrsunfälle verletzt oder kamen ums Leben, damit hat Kambodscha eine der höchsten Raten in den ASEAN-Ländern<sup>157</sup>. Weiterhin ist der Konsum illegaler Drogen steigend, die Zahl der damit verbundenen gesundheitlichen Probleme nimmt somit ebenfalls zu.

Über die Zahl der nicht-übertragbaren Krankheiten liegen bislang so gut wie keine Daten vor. Zu psychischen und psychosomatischen Erkrankungen in Kambodscha existieren ebenfalls kaum Daten. Es wird jedoch vermutet, dass diese Störungen eine hohe Prävalenz aufweisen. Viele Menschen über 40 Jahre haben während der Herrschaft der Roten Khmer Greuelthaten an Angehörigen oder Freundinnen und Freunden mit eigenen Augen ansehen müssen, erlebten Folter, Hungersnot, Krankheit oder Erschöpfung und wurden zudem häufig gewaltsam aus ihren Wohnorten vertrieben und von sozialen und kulturellen Verbindungen separiert. Eine hohe Prävalenz an Posttraumatischen Belastungsstörungen ist deshalb anzunehmen. Psychische Erkrankungen werden laienätiologisch häufig mit Geistbesessenheit oder schlechtem Karma in Verbindung gebracht und daher oft verleugnet und gefürchtet<sup>158</sup>.

#### 2.4.4.3 Reproduktive Gesundheit in Kambodscha

Die Nutzungsraten und privaten Ausgaben im Bereich Gesundheit sind für Männer und Frauen ungefähr gleich. Die Bedürfnisse von Frauen sind jedoch aufgrund ihrer reproduktiven Gesundheit größer als die von Männern. „Therefore, equal rates of health service utilization indicate that women’s health care needs are not being met“ (UNIFEM et al. (2004): 9).

---

<sup>154</sup> Vgl. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006a).

<sup>155</sup> Der erste HIV-Fall in Kambodscha wurde 1991 gemeldet, was zeitlich mit der Ankunft der *UNTAC*-Truppen im Land zusammenfällt. Die HIV/AIDS-Epidemie wird deshalb vielfach mit der UN-Mission in Zusammenhang gebracht. Die Gründe sind jedoch komplexer und können hier nicht näher erläutert werden. Vgl. zum Thema HIV/AIDS z.B. BITH-MELANDER (2005): 32f.; NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2007): 274; POPULATION SERVICES INTERNATIONAL, DFID (2002)

<sup>156</sup> Vgl. [www.handicap-international.de](http://www.handicap-international.de) (21.10.2006)

<sup>157</sup> Vgl. NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2006): 57.

<sup>158</sup> Eine detailliertere Beschreibung ätiologischer Vorstellungen im Zusammenhang mit psychiatrischen und psychosomatische Erkrankungen in Kambodscha findet sich bei JONG (1997): 44ff.

Bislang existieren lediglich zwei überblickshafte Studie zu reproduktiver Gesundheit in Kambodscha, die jedoch bereits fast zehn Jahre alt sind<sup>159</sup>. Viele der dort erwähnten Probleme sind jedoch bislang immer noch ungelöst, so dass diese Studien die Grundlage für die folgenden Ausführungen darstellen und um aktuelle Zahlen und Erkenntnisse aus der Forschungstätigkeit für diese Arbeit ergänzt werden.

Die Müttersterblichkeit in Kambodscha ist mit 473 (2005) eine der höchsten in ganz Asien<sup>160</sup> und hat sich seit 2000 von damals 437 noch einmal verschlechtert. Direkte Ursachen für diese hohen Raten sind vor allem Hämorrhagien, Geburtshindernisse und ein daraus resultierender protrazierter bzw. unmöglicher Geburtsverlauf, schwangerschaftsinduzierte Hypertonie sowie Septitiden, z.T. also Risiken, die vermeidbar, mindestens jedoch behandelbar sind<sup>161</sup>. Weiterhin haben maternale und neonatale Tetanusfälle immer noch eine hohe Inzidenz in Kambodscha mit 267 vermuteten Todesfällen von Neugeborenen im Jahr 2005<sup>162</sup>. Als wesentliche indirekte Ursachen können ungenügender Zugang zu Informationen, Mitteln und Dienstleistungen der Familienplanung<sup>163</sup>, mangelhafter Zugang und mangelhafte Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen für Mütter und Schwangere, mangelhafte Qualität von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und hohe Raten unprofessionell durchgeführter Interruptiones, gelten. Ein weiteres, weit verbreitetes Gesundheitsproblem, das zur Verschlechterung des reproduktiven Gesundheitszustandes von Frauen und Mädchen führen kann, ist der mangelhafte Ernährungszustand vieler Frauen in Kambodscha. 29,9% der 15-49-jährigen haben einen Body Mass Index von unter 18,5 und können damit als untergewichtig eingestuft werden<sup>164</sup>. Bis zu 7% aller Schwangeren und Wöchnerinnen leiden unter Vitamin-A-Mangel und 47% der schwangeren Frauen sind anämisch<sup>165</sup>, wobei die Zahlen für Phnom Penh mit 28,9% wesentlich niedriger sind<sup>166</sup>.

Insgesamt bleiben die Fertilitätsraten in Kambodscha hoch, obwohl die Zahlen seit etwa zehn Jahren sinken. Eine Ausnahme bildet die Hauptstadt Phnom Penh, wo die Fertilitätsrate in 2005 bei 2,5 im Vergleich zu 2,1 Kindern je Frau im gebärfähigen Alter im Jahr 2000 liegt<sup>167</sup>.

---

<sup>159</sup> Vgl. zum Folgenden MINISTRY OF HEALTH (1998); BEAUFILS (2000)

<sup>160</sup> Zum Vergleich: 1998 betrug die Müttersterblichkeit in Sri Lanka 23, 44 in Thailand, 373 in Indonesien, 180 in Myanmar und 539 in Nepal (Alle Zahlen beziehen sich auf 100 000 Lebendgeburten. Vgl. RAI, DALI (2006)).

<sup>161</sup> Vgl. hierzu auch BEAUFILS (2000): 68f.

<sup>162</sup> Vgl. KANAL (2005)

<sup>163</sup> Detailliertere Ausführungen zum Themenbereich Familienplanung in Kambodscha vgl. RACHA (2003)

<sup>164</sup> NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2006): 185

<sup>165</sup> Vgl. KANAL (2007)

<sup>166</sup> Vgl. NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2006): 28.

<sup>167</sup> Vgl. NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2000): 4 und (2006): 95.

Landesweit betragen die Fertilitätsraten 2,8 für den urbanen und 3,5 für den ruralen Kontext. Der Zugang zu Verhütungsmitteln ist in Kambodscha nach wie vor als limitiert zu bezeichnen, wenn es auch in den letzten Jahren Fortschritte gegeben hat. 40% der verheirateten Frauen nutzen eine Methode zur Familienplanung, wovon 27,2% ein „modernes“ Verhütungsmittel nutzen<sup>168</sup>, was eine Steigerung von 16% bzw. 8,2% gegenüber dem Jahr 2000 bedeutet<sup>169</sup>. Diesen Zahlen steht der Wunsch von 51,6% der kambodschanischen Frauen gegenüber, ein Verhütungsmittel nutzen zu wollen, was auf einen hohen, bislang nicht gedeckten Bedarf nach Familienplanung hindeutet. Es wird geschätzt, dass 24% der Schwangerschaften in Kambodscha ungewollt sind<sup>170</sup>. Im Zusammenhang damit ist eine hohe Anzahl an Schwangerschaftsabbrüchen zu nennen, die häufig unter unhygienischen Bedingungen mit entsprechenden Folgekrankheiten statt finden<sup>171</sup>.

#### 2.4.4.4 Grundzüge der kambodschanischen Gesundheitspolitik

Nach dem das kambodschanische Gesundheitssystem, in den Jahren nach 1979, bis 1993 zunächst im Hinblick auf die zentrale Administration durch das Gesundheitsministerium reformiert und zwischen 1994 und 1998 dezentralisiert worden war, wurden 2002 erstmals ein *National Health Strategic Plan* (HSP), ein mittelfristiger Ausgabenplan sowie ein Rahmenplan zum Monitoring und zur Evaluation der beiden Erstgenannten (*Joint Annual Performance Review*)<sup>172</sup> implementiert. Im Jahr 2003 wurde dann schließlich das *Health Sector Support Project*<sup>173</sup> ins Leben gerufen, um die Umsetzung des HSPs finanziell und technisch zu unterstützen.

Nach Ansicht der Regierung sind sowohl private wie öffentliche Gesundheitsdienste für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung von Bedeutung. Die Qualität der Versorgung soll von Regierungsseite kontrolliert und verbessert werden<sup>174</sup>. Dabei werden verschiedene

---

<sup>168</sup> Als „modern“ werden im aktuellen *Demographic and Health Survey* von 2005 Sterilisation von Frauen und Männern, hormonelle Verhütungsmethoden wie die Antibabypille, Intrauterinpeessar, Kondome sowie die LAM (Laktationsamenorrhö-Methode) definiert.

<sup>169</sup> Vgl. WELTBANK (2004): 94.

<sup>170</sup> Vgl. UNIFEM et al. (2004): 96.

<sup>171</sup> Genaue Angaben zur Anzahl von Interruptiones sind nicht erhältlich. Schätzungen aus dem Jahr 1995 zufolge haben 5% aller Frauen im gebärfähigen Alter in ruralen und 14% in urbanen Gebieten bereits einmal in ihrem Leben einen Schwangerschaftsabbruch durchgeführt (vgl. BEAUFILS (2000): 58). Eine ausführliche Darstellung des Themas Schwangerschaftsabbrüche in Kambodscha liefern LONG, REN (2001)

<sup>172</sup> Im Rahmen dieses Evaluations- und Monitoringprozesses kommen einmal pro Jahr Vertreterinnen und Vertreter der internationalen Gebergemeinschaft, der Regierung und verschiedener Ministerien, Patientenvertreterinnen und -vertreter sowie nationale und internationale Nichtregierungsorganisationen zusammen, um Umsetzungsfortschritte zu evaluieren und das weitere Vorgehen zu planen (vgl. HALL, CHHUONG (2006): 6; MINISTRY OF HEALTH 2004 und 2005c)

<sup>173</sup> Dieses Projekt wurde von der ADB, WB, DFID und später von UNFPA finanziell mit unterstützt.

<sup>174</sup> Als ein erster Schritt auf programmatischer Ebene kann in diesem Zusammenhang die *National Policy of Quality in Health* gewertet werden (vgl. MINISTRY OF HEALTH (2005b)).



politische und praktische Herausforderungen im Gesundheitssektor benannt, die Priorität in der nationalen Gesundheitspolitik haben sollen. Hierzu gehören:

Verbesserung der *Coverage* und Erleichterung des Zugangs zu kosteneffektiven Einrichtungen des Gesundheitswesens; Qualitätssteigerung in der Basisgesundheitsversorgung sowohl im öffentlichen wie auch im privaten Sektor, wobei insbesondere Unsicherheiten bezüglich der Nutzungsgebühren<sup>175</sup>, der Mangel an Wissen über Einrichtungen der Gesundheitsversorgung als auch die häufig fehlende, patientenzentrierte Arbeitsweise des Gesundheitspersonal als zentrale Arbeitsfelder genannt werden<sup>176</sup>. Weiterhin haben in der kambodschanischen Gesundheitspolitik Priorität: Die Verbesserung der Versorgung, vor allem im Bereich der reproduktiven Gesundheit – mit den Schwerpunkten Familienplanung und Schwangerenvorsorge - und der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen<sup>177</sup>; die Verbesserung der geographischen Verteilung des Gesundheitspersonals, insbesondere der Hebammen.<sup>178</sup>; die Sicherstellung der regelmäßigen und adäquaten Finanzierung des Gesundheitssektors sowie die Einführung von Reformen auf organisatorischer und struktureller Ebene.

Mit dem programmatischen *Health Sector Strategic Plan 2003-2007*<sup>179</sup> will die kambodschanische Regierung diesen Problemen im Gesundheitssektor begegnen.

#### 2.4.4.5 Die Gesundheit von Müttern in der kambodschanischen Gesundheitspolitik

Wie bereits erwähnt, misst die kambodschanische Regierung dem Themenkomplex der reproduktiven Gesundheit und insbesondere dem Bereich der Müttergesundheit in ihren Richtlinien und politischen Aussagen große Bedeutung zu:

„The Royal Government of Cambodia gives high priority to safe motherhood and views the policy directives as the main approach to the reduction of maternal and perinatal mortality and morbidity and improvement in women’s health“ (MINISTRY OF HEALTH (1997): 3).

Mit dem *National Reproductive Health Programme* soll dieses zentrale Aufgabenfeld des Gesundheitsministeriums bearbeitet werden, was bislang jedoch in konkreten Umsetzungen noch

---

<sup>175</sup> Ein System der Gebührenbefreiung (*Equity Funds*) für Arme wurde Ende der 1990er Jahre etabliert, das in erster Linie darauf ausgerichtet ist, die Ärmsten der Armen von den Gebühren für medizinische Leistungen zu befreien und ihnen damit den Zugang zum Gesundheitssystem zu erleichtern. (Vgl. MEDICINES SANS FRONTIERS (2001): 10; CROSSLAND, CONWAY (2002): 14.)

<sup>176</sup> Vgl. hierzu auch den, von der kambodschanischen Regierung herausgegebenen, Verhaltenskodex für schulmedizinisches Personal, das im staatlichen Gesundheitssektor angestellt ist (ROYAL GOVERNMENT OF CAMBODIA (2003); CHANTA (2006).

<sup>177</sup> Zur reproduktiven Gesundheit von Jugendliche in Kambodscha vgl. z.B. FORDHAM (2003)

<sup>178</sup> Insbesondere in den ländlichen Gebieten besteht ein teilweise extremer Mangel an Geburtshelferinnen, die eine adäquate Versorgung vor allem in geburtshilflichen Notfällen gewährleisten könnten (Vgl. hierzu KANAL (2007); KEAT (2005)).

<sup>179</sup> Vgl. DEPARTMENT OF PLANNING AND HEALTH INFORMATION (2003).

nicht ausreichend sichtbar wird. Organisatorisch handelt es sich um eine kleine<sup>180</sup> Unterabteilung des Gesundheitsministeriums, mit wenigen Angestellten, die in den Räumen des *National Maternal and Child Health Centres* in Phnom Penh angesiedelt ist.

Im Hinblick auf die reproduktive Gesundheit von Frauen allgemein, definiert die Regierung elf Kernthemen, die in den nächsten Jahre besondere Beachtung finden sollen und mit deren Hilfe sie die Kinder- und Müttersterblichkeitsrate sowie die Fertilitätsraten senken, den Ernährungszustand von Frauen und Kindern verbessern, die Gesundheitsausgaben für Privathaushalte senken sowie insgesamt ein effizienteres und effektiveres Gesundheitssystem etablieren möchte<sup>181</sup>. Diese Kernthemen umfassen Familienplanung, *Safe Motherhood*<sup>182</sup>, Schwangerschaftsabbrüche, reproduktive Gesundheit von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Infektionskrankheiten einschließlich HIV/AIDS, Infertilität, Menopause und reproduktive Gesundheit im Alter, Karzinomerkrankungen, reproduktive Rechte und Aspekte der Geschlechtergerechtigkeit, Einbeziehung von Männern im Bereich der reproduktiven Gesundheit von Frauen sowie Gewalt gegen Frauen.

Bezüglich der spezifischen gesundheitlichen Bedürfnissen von Müttern, wurde 1997<sup>183</sup> erstmals eine *National Safe Motherhood Policy* von der kambodschanischen Regierung erarbeitet, die auch einen Fünf-Jahres-Plan (1997-2001) zur Umsetzung der dort verankerten Zielsetzungen beinhaltet, dem bislang zwei Pläne folgten<sup>184</sup>. Wichtigste Ziele dieser Initiative sind die Reduktion der Mütter- und Kindersterblichkeit sowie der Morbidität dieser Bevölkerungsgruppe und die Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Schwangeren. Als Hauptarbeitsfelder werden dabei Familienplanung, Schwangerenvorsorge, gefahrlose Entbindung und Neugeborenenversorgung, postpartale Versorgung der Mutter, grundlegende geburtshilfliche Versorgung sowie sichere Interruptiones definiert. Diese Säulen der kambodschanischen *Safe Motherhood Policy* binden Frauen im Rahmen eines Versorgungskontinuums in das Gesundheitssystem ein. Sie basieren wiederum auf allgemeineren gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Prinzipien, von denen die Gleichstellung von Frauen auf allen gesellschaftlichen Ebenen die Grundlage bildet<sup>185</sup>.

Die Ausgestaltung der Schwangerenvorsorge ist ebenfalls in Richtlinien des Gesundheitsministeriums festgelegt<sup>186</sup>. Demnach soll jede schwangere Frau mindestens zwei Vorsorgetermini-

<sup>180</sup> Im Vergleich etwa zum nationalen HIV/AIDS-Programm, das sowohl personell wie finanziell viel besser ausgestattet und zudem in einem eigenen nationalen Zentrum etabliert ist (vgl. HALL, CHHUONG (2006): 2).

<sup>181</sup> Vgl. hierzu und zum Folgenden: LAM (2005); TARR, HORNG (2006): 18ff.

<sup>182</sup> mit den Unterthemen Schwangerenvorsorge, Gesundheitsversorgung während Geburt und Wochenbett sowie Notfallversorgung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

<sup>183</sup> Zur Entwicklung der nationalen Programme und Strategien vor 1997 vgl. LONG (1996)

<sup>184</sup> Vgl. MINISTRY OF HEALTH (1997), (2000) und (2005a)

<sup>185</sup> Vgl. MINISTRY OF HEALTH (1997): 3

<sup>186</sup> Vgl. MINISTRY OF HEALTH (1997): 5f.

ne wahrnehmen. Folgende Untersuchungen und Maßnahmen sind dabei durchzuführen: Zwei Tetanusschutzimpfungen, Anämieprophylaxe mittels der Ausgabe von oralen Eisenpräparaten für einen Zeitraum von drei Monaten, Diagnose (mittels Hämoglobin-Wert-Bestimmung) und Therapie einer bestehenden Anämie, Folsäuresubstitution, Behandlung von sexuell übertragbaren Krankheiten, Malaria und Ankylostomiasis, Diagnose und Therapie einer Lues (RPR-Test und eventuelle Antibiotika-Gabe), Aufklärung und Beratung bezüglich Ernährung, Risikosymptomen, „harmful traditional practices“ (MINISTRY OF HEALTH (1997): 5), Stillen, Entbindungsort und Familienplanung. Zweck der Schwangerenvorsorge, entsprechend den Richtlinien, ist vorwiegend das Risikoscreening mit der frühen Detektion von Komplikationshinweisen und ggf. der rechtzeitigen Überweisung in ein Krankenhaus.

Die Einbeziehung indigener Hebammen in die Schwangerenvorsorge stellt eine wichtige Komponente im Rahmen der Gesundheitsversorgung Schwangerer dar. Sie werden z.B. zur Ausgabe von Eisen- und Folsäurepräparaten eingesetzt. Ebenso werden sie weitergebildet, um Frühwarnzeichen, die auf eine mögliche Komplikation in der Schwangerschaft hinweisen könnten, erkennen zu können.

Im Rahmen eines internationalen Rankings<sup>187</sup> der Gesundheitsversorgung von Müttern und Kindern schneidet Kambodscha im Vergleich zu anderen Entwicklungsländern knapp unterdurchschnittlich, mit 51 von 100 Punkten<sup>188</sup> ab, was eine Platzierung auf Rang 36 von 49 bedeutet. In Südostasien landet Kambodscha dabei auf dem letzten Platz. Kritisiert wird im Rahmen der Studie dabei insbesondere das fehlende Engagement von Seiten hoher Regierungsbeamter in Form von Statements an die Öffentlichkeit sowie Presse und Medien. Im Hinblick auf die Umsetzung der untersuchten nationalen Gesetze sowie Leit- und Richtlinien<sup>189</sup> sind in Kambodscha weitere Fortschritte zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung notwendig: In den Bereichen Ressourcen, Monitoring, Forschung, Gesundheitsförderung sowie Aus- und Weiterbildung erhält das Land ebenfalls lediglich unterdurchschnittliche Punktzahlen.

Die Umsetzung der nationalen Gesetze und Regularien bezüglich Müttergesundheit kommen, insbesondere aufgrund finanzieller, politischer und infrastruktureller Probleme, nur schleppend voran, was USAID (2001) wie folgt charakterisiert:

---

<sup>187</sup> Zum Folgenden vgl. THE FUTURES GROUP INTERNATIONAL (2000): 5ff.

<sup>188</sup> Im Durchschnitt erhielten die untersuchten Entwicklungsländer 56 von 100 Punkten.

<sup>189</sup> Untersucht wurden im Rahmen des Ratings Gesetze sowie Leit- und Richtlinien zu allgemeinen Themen der Müttergesundheit, zu Personalpolitik sowie zur Behandlung von Komplikationen nach Schwangerschaftsabbruch.

„The existing workforce, excessive in numbers, is grossly inadequate in skills; salaries are so low that there is little or no incentive to work; and parts of the country remained insecure until just two years ago” (USAID (2001): 7).

Problematisch ist weiterhin, dass nach wie vor zu wenig verlässliche Informationen im Hinblick auf den Versorgungsbedarf im Bereich der reproduktiven Gesundheit, und hier insbesondere der Müttergesundheit, existieren<sup>190</sup>. Über die Einhaltung des Mutterschutzes, der, gesetzlich geregelt, eine bezahlte Abwesenheit der werdenden Mutter bzw. der Wöchnerin von bis zu drei Monaten umfasst, gibt es ebenfalls keine gesicherten Zahlen. Anekdotenhafte Berichte legen jedoch nahe, dass viele Frauen Probleme haben, diesen bei ihren Arbeitgebern durchzusetzen<sup>191</sup>.

#### 2.4.4.6 Struktur der Versorgungssysteme und Nutzungsverhalten im Gesundheitssektor<sup>192</sup>

Zusammengefasst gesprochen, können Patientinnen und Patienten im Präventions- und Krankheitsfall auf Maßnahmen des Laiensektors (Selbsthilfe), auf den indigenen Sektor, das staatliche Gesundheitssystem oder den privaten Sektor zurückgreifen, vorausgesetzt ihre ökonomische Situation lässt dies zu.

##### *Allgemeines Nutzungsverhalten*

Allgemeine Aussagen zum Gesundheits- und Krankheitsverhalten in Kambodscha werden in der Literatur kaum erwähnt<sup>193</sup>. Das Gesundheitsministerium beschreibt in einer Metastudie zur reproduktiven Gesundheit in Kambodscha einen idealtypischen Ablauf im Aufsuchen medizinischer Hilfe, wie er mit Abwandlungen in weiten Teilen der Bevölkerung zu finden und wie er auch für den Bereich der nicht-reproduktiven Gesundheit zutreffend ist<sup>194</sup>:

---

<sup>190</sup> Eine Ausnahme bildet hier das Themenfeld Verhütung (Vgl. HALL, CHHUONG (2006): 2 und 11ff.)

<sup>191</sup> Vgl. KHMER WOMEN'S VOICE (2003): 7ff.

<sup>192</sup> Die nachfolgende Darstellung der Versorgungssysteme in Kambodscha unterscheidet zwischen verschiedenen vertikalen und horizontalen Ebenen der Versorgungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten. Dabei wird u.a. zwischen „schulmedizinisch orientiertem“ und „indigenem“ Sektor unterschieden. Es ist wichtig zu betonen, dass diese Trennung künstlich ist und nur zu Analyse Zwecken erfolgt. Wie in allen Gesellschaften, existieren auch in Kambodscha verschiedene medizinische Versorgungssysteme nebeneinander. Häufig kommt es zu einer synkretistischen Nutzung durch Patientinnen und Patienten, die je nach Krankheits- bzw. Symptombild, Compliance, ätiologischen Vorstellungen und therapeutischen Ergebnissen inter- und intraindividuell sehr stark variieren kann.

<sup>193</sup> Im Bereich der reproduktiven Gesundheit mangelt es insbesondere an Forschungen über Wissensbestände bezüglich Fruchtbarkeit und Empfängnis, Wissen und Einstellungen von Männern bezüglich Verhütungsmitteln, Gründe für Müttersterblichkeit, Determinanten von gesundheitsbezogenem Verhalten während Schwangerschaft und Geburt, Präferenzen und Zufriedenheit von Patientinnen mit Gesundheitsdienstleistungen, Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen von Angestellten im öffentlichen und privaten Gesundheitswesen. Für den Themenbereich Verhütung existieren einige kleinere Studien über Wissen und Einstellungen von Frauen bezüglich Wirkungsweisen und unerwünschte Nebenwirkungen (vgl. hierzu z.B. SADANA, SNOW (1999)).

<sup>194</sup> Vgl. zum Folgenden MINISTRY OF HEALTH (1998): 33.

Im Falle weniger schwerwiegender Gesundheitsprobleme wird meist zunächst auf Selbsthilfe, oft im Sinne von Selbstmedikation, zurück gegriffen. Die Medikamente können auf dem Markt oder in einer der vielen legalen oder illegalen Apotheken erworben werden. Erweisen sich die Medikamente als unzureichend, werden in einem nächsten Schritt Vertreterinnen und Vertreter des indigenen Versorgungssektors aufgesucht, bei deren Versagen schließlich schulmedizinische Einrichtungen aus dem privaten oder öffentlichen Sektor in Anspruch genommen. Erste Wahl ist dabei meist der informelle Privatsektor, danach wird Hilfe im schlecht regulierten for-profit Privatsektor gesucht. Letzte Wahl sind oft die staatlichen Einrichtungen, meist sind dann die Erkrankungen schon weiter fortgeschritten<sup>195</sup>. Die Linearität dieses Ablaufs ist nur selten gegeben, die Reihenfolge kann variieren, verschiedene Sektoren werden gleichzeitig, im Sinne einer komplementären Versorgung, genutzt. WILKINSON et al. weisen zudem darauf hin, dass

„it is a major decision to seek treatment beyond the boundaries of their *krom* or *phum*, partly because of high opportunity cost but largely because of the world beyond these boundaries is an unfamiliar and unpredictable place” (WILKINSON et al. (2001): 9).

Weiterhin sind große Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverhalten im Stadt-Land-Vergleich zu konstatieren: Während Patientinnen und Patienten in Phnom Penh für den staatlichen Gesundheitssektor Referenzkrankenhäuser bzw. die nationalen Kliniken als erste Wahl angeben, sind es für die rurale Bevölkerung in erster Linie Gesundheitsposten und -zentren. Insgesamt ist bei den meisten Bevölkerungsteilen nur geringes Wissen über den richtigen Zeitpunkt, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, zu konstatieren<sup>196</sup>.

#### *Der Laiensektor und der indigene Sektor*

Der Laiensektor ist insgesamt der bislang am wenigsten untersuchte Teilbereich des kambodschanischen Gesundheitssektors. Hier wird im Falle einer Erkrankung bzw. eines Symptoms auf Maßnahmen der Selbsthilfe zurück gegriffen, die in erster Linie auf den, in Kapitel IV.1 ausgeführten, indigenen Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen beruhen.

Weit verbreitete, dem Laiensektor zuzurechnende, Praktiken sind das „*Cupping*“, „*Pinching*“ oder „*Rubbing/Coining*“, die sowohl zu physischem als auch psychischem Wohlbefinden beitragen sollen und insbesondere Krankheiten, die aus einem Ungleichgewicht von Wind im Körper und der hierdurch pathologischen Bewegung des Blutes durch den Körper erklärt wer-

---

<sup>195</sup> Vgl. KANAL (2005).

<sup>196</sup> MINISTRY OF HEALTH (1998): 33f.

den, wie z.B. Fieber, Kopfschmerzen, Fatigue, Diarrhoen, Erbrechen etc., lindern oder sogar heilen können<sup>197</sup>.

Beim „*Cupping*“, das ähnlich wie das Schröpfen funktioniert, wird eine Tasse erwärmt und auf der Stirn, dem Abdomen oder dem Rücken mit der offenen Seite nach unten platziert. Während sie abkühlt, zieht sich die Haut zusammen, es entsteht ein Unterdruck. Damit wird dem Körper überschüssige, d.h. krankmachende Energie oder „Luft“ entzogen. Zurück bleibt ein kreisförmiges Hämatom. Ähnlich funktioniert das „*Pinching*“, wobei dabei der Druck mittels Daumen und Zeigefinger auf die Haut ausgeübt wird. „*Rubbing/Coining*“ wird bei einer Reihe von Beschwerden eingesetzt: Fieber, Muskelverspannungen, Infektionen des oberen Respirationstraktes, Übelkeit, Schwäche u.a. Dabei wird mit einer Münze oder einem Löffel auf der, mit einer mentholhaltigen Creme eingölten, Haut des Rückens, der Brust und/oder der Extremitäten, so lange von der Körpermitte weg gerieben, bis die Haut stark gerötet ist. Auf diese Weise soll krankmachende „Luft“<sup>198</sup> aus dem Körperinneren an die Oberfläche gezogen, entfernt und die Beschwerden damit gebessert oder geheilt werden.

Über den indigenen Gesundheitssektor Kambodschas existieren ebenfalls nur wenige Studien<sup>199</sup>. Für das kambodschanische Gesundheitssystem ist er insofern von großer Bedeutung, als oft eine größere soziale Nähe zwischen Patientin/Patient und Heilerin/Heiler besteht und ein für Diagnostik und Therapie unerlässliches Vertrauensverhältnis leichter hergestellt und aufrechterhalten werden kann. Nach 1979 erkannte die kambodschanische Regierung indigene Khmer-Medizin offiziell als Teil der Gesundheitsversorgung an<sup>200</sup>; bislang existieren jedoch noch keine relevanten Richtlinien oder Gesetzestexte hierzu.

Innerhalb des indigenen Gesundheitssektors existieren verschiedene Heilerinnen und Heiler, die oft auch präventiv-religiöse Aufgaben wahrnehmen.

Die *Kruu Khmer* sind die bekanntesten Heiler<sup>201</sup> Kambodschas und sind je nach Ausbildung Spezialisten auf unterschiedlichen Gebieten: So gibt es pädiatrisch orientierte Heiler, solche, die auf Krankheiten spezialisiert sind, die durch Hexerei entstehen oder eher pharmakologisch ausgebildete *Kruu Khmer*<sup>202</sup>.

---

<sup>197</sup> Die folgenden Ausführungen beruhen auf Gesprächen mit meiner Forschungsassistentin, schulmedizinisch gebildeten Hebammen in Phnom Penh, Mönchen sowie weiteren persönlichen Kontakten zu Kambodschanerinnen und Kambodschanern in Phnom Penh und Siem Reap.

<sup>198</sup> Die Technik heißt im Khmer wörtlich „den Wind abreiben“ (*kooi kchall*).

<sup>199</sup> Vgl. KHANA (2001): 19ff.

<sup>200</sup> Vgl. CIDSE (1990): 6ff.

<sup>201</sup> Dabei handelt es sich vorwiegend um Männer.

<sup>202</sup> Zum Folgenden vgl. JONG (1997): 41ff., KHANA (2001): 19ff., EISENBRUCH (1992): 283ff.

Eine weitere Kategorie von Heilerinnen und Heilern sind Medien (*Kruu chool ruub*), d.h. Menschen, durch die ein Geist spricht, der Anderen helfen und ihnen Ratschläge vermitteln soll. Sie werden insbesondere im Falle emotionaler Probleme konsultiert.

Auch innerhalb der religiösen Zentren in Städten und Gemeinden, in den Tempeln, suchen viele Kambodschanerinnen und Kambodschaner im Falle von Krankheit Hilfe<sup>203</sup>. Die Mönche (*preah song*) unterweisen in den *toah* (Regeln zur guten Lebensführung), geben Ratschläge in schwierigen Lebenssituationen und führen Heilungsrituale durch. Einige verabreichen selbst zubereitete Medikamente. Die Mönche übernehmen damit häufig die Funktion psychosozialer Berater für Individuen, aber auch Familien oder ganze Dörfer und können auch präventiv tätig werden.

Im weiteren Sinne sind auch die *Chmop*, indigene Hebammen<sup>204</sup>, in die Kategorie der indigenen Heilerinnen einzubeziehen<sup>205</sup>. In Kambodscha entbinden auf dem Land 2005 immer noch über 80% aller Frauen mit der Unterstützung einer indigenen Hebamme; insbesondere in ländlichen Regionen sind diese oftmals die einzige Instanz, die im Falle von geburtshilflichen Problemen konsultiert wird bzw. konsultiert werden kann. Ihre Bedeutung für das kambodschanische Gesundheitssystem darf auch deshalb, nicht nur aufgrund ihres zum Teil erheblichen Wissens und ihrer psychosozialen Funktion während einer Geburt sowie in der Nachsorge, unterschätzt werden<sup>206</sup>. *Chmop*, die oft ältere, hoch angesehen und bekannte Frauen in einem Dorf sind, werden erst zur Geburt gerufen und übernehmen keine Aufgaben während der Schwangerschaft, z. B. im Sinne einer Schwangerenvorsorge. Teilweise werden sie auch bei kleineren, gesundheitlichen Problemen konsultiert und für die geburtshilfliche Nachsorge in Anspruch genommen.

### *Der staatliche Gesundheitssektor*

Die Struktur des staatlichen, kambodschanischen Gesundheitssektors umfasst drei Versorgungsebenen<sup>207</sup>:

Die nationale Ebene umfasst die sechs nationalen Krankenhäuser, in denen Krankenschwestern, Hebammen, Arzthelferinnen sowie Ärztinnen und Ärzte tätig und die alle in Phnom Penh lokalisiert sind. Sie bieten den höchsten, in Kambodscha möglichen, Standard der medi-

<sup>203</sup> Zum Folgenden vgl. JONG (1997): 41ff.

<sup>204</sup> Im Englischen auch als *Traditional Birth Attendant (TBA)* bezeichnet.

<sup>205</sup> Eine sehr ausführliche medizinethnologische Studie von Elizabeth Hoban befasst sich mit der sich wandelnden Rolle von indigenen Hebammen (vgl. HOBAN (2002)).

<sup>206</sup> Einige Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit tragen diesem Umstand bereits Rechnung und beziehen indigene Hebammen in die Konzeption und Umsetzung von Programmen zur Förderung von Müttergesundheit ein.

<sup>207</sup> Vgl. zum Folgenden WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006a).

zinischen Versorgung an. Auf der Distriktebene finden sich 62 Referenzkrankenhäuser mit einer ähnlichen Personalstruktur. Auf der Ebene der Gemeinden schließlich, sollen 929 Gesundheitszentren und –posten mit Krankenschwestern und Hebammen die Basisgesundheitsversorgung der Bevölkerung, mittels der im *Minimal Package of Activities* festgelegten medizinischen Maßnahmen<sup>208</sup>, sicher stellen. In den Referenzkrankenhäusern und den nationalen Kliniken soll zusätzlich das *Comprehensive Package of Activities*<sup>209</sup> angeboten werden. Insgesamt waren 2004 7747 Krankenhausbetten in Kambodscha verfügbar. Im gleichen Jahr arbeiteten 19 105 offiziell registrierte Personen im kambodschanischen Gesundheitssektor, davon 2586 Ärztinnen und Ärzte, 8231 Krankenschwestern, 6676 Personen in anderen, paramedizinischen Berufen, 742 Apothekerinnen und Apotheker sowie 820 Zahnärzte und Zahnärztinnen<sup>210</sup>. Damit kommt im Durchschnitt ein Arzt bzw. eine Ärztin auf 5220 Einwohnerinnen und Einwohner, wobei die Unterschiede in den verschiedenen Landesteilen enorm sind.

Auf der Verwaltungsebene des Gesundheitssystems ist Kambodscha in 76 *Operational Districts* unterteilt, welche die unterste Ebene des hierarchisch strukturierten Gesundheitssystems darstellt. Ein *Operational District* vereint Gesundheitszentren und ein Referenzkrankenhaus für etwa 100 000 bis 200 000 Menschen<sup>211</sup>. Die in den Referenzkrankenhäusern angebotenen Dienstleistungen sind prinzipiell diejenigen, die von den Gesundheitsposten- und –zentren nicht gewährleistet werden können und umfassen auch eine stationäre Versorgung<sup>212</sup>. Auf der Ebene der *Operational Districts* werden alle Gesundheitsdienstleistungen innerhalb eines bestimmten geographischen Gebietes koordiniert. Den *Operational Districts* übergeordnet sind 24 *Provincial Health Departments*, die auf der Ebene der Provinzen die Verwaltungsaufgaben im Gesundheitswesen übernehmen und die zentrale Stelle für Berichte aus den *Operational Districts* sind. Hierüber findet sich die oberste Ebene, das Gesundheitsministerium, zu dem neben verschiedenen Unterabteilungen auch acht nationale Zentren für übergreifende Gesundheitsprobleme, wie z.B. HIV/AIDS oder Tuberkulose, die medizinische Fakultät und die sechs nationalen Krankenhäuser gehören<sup>213</sup>.

Der Gesamthaushalt des Gesundheitsministeriums hat einen Anteil an den Gesamtstaatsausgaben von 7,14% (2005)<sup>214</sup>. Externe Finanzierungsquellen, d.h. Entwicklungsbanken, multilate-

<sup>208</sup> Diese umfassen: allgemeinmedizinische Konsultationen, chirurgische Versorgung kleinerer Verletzungen, Impfungen, Schwangerenvorsorge und –nachsorge, Familienplanung, Behandlung von Tuberkulose, Gesundheitserziehung, Überweisungen etc. (vgl. hierzu NCHADS, URC (2003): 15)

<sup>209</sup> Diese umfassen alle über die oben genannten hinausgehenden medizinischen Eingriffe, soweit es die technischen und personellen Möglichkeiten zulassen.

<sup>210</sup> Alle Zahlen entnommen aus: NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2006): 141ff.

<sup>211</sup> Vgl. HALL, CHHUONG (2006): 5f.

<sup>212</sup> Vgl. TARR, HORNG (2006): 20.

<sup>213</sup> Ausführlich zur Struktur des kambodschanischen Gesundheitswesens, unter besonderer Berücksichtigung des Finanz- und Verwaltungswesens, vgl. TARR, HORNG (2006).

<sup>214</sup> WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006a)



rale und bilaterale Träger und Nichtregierungsorganisationen, tragen etwa zwei Drittel der öffentlichen Finanzierung des Gesundheitswesens<sup>215</sup>, wobei sich hier die Frage stellt, ob dies für den Aufbau eines nachhaltigen Gesundheitssystems förderlich ist. Nutzungsgebühren, die von den Patientinnen und Patienten zu tragen sind und Ende der 1990er Jahre für Leistungen des öffentlichen Gesundheitswesens eingeführt wurden, stellen einen zwischen 15% und 60% variierenden Anteil der Einnahmen im staatlichen Gesundheitswesen dar.

Die Anzahl der lokalen, regionalen und international im Gesundheitsbereich agierenden Nichtregierungsorganisationen, die in einer vernetzenden Dachorganisation (MEDiCAM) im Austausch stehen, ist groß. MEDiCAM zählte 2002 92 Mitglieder<sup>216</sup>.

#### 2.4.4.7 Nutzungsverhalten und Versorgungsqualität im staatlichen Gesundheitssektor<sup>217</sup>

65,8% der Männer und 67,2% der Frauen nehmen mindestens einen der drei Sektoren des Gesundheitssystems einmal im Jahr in Anspruch; das entspricht etwa 0,4 Kontakten pro Kopf der Bevölkerung pro Jahr<sup>218</sup>. In Phnom Penh sind die Zahlen mit 85,2% für Männer und 86,5% für Frauen höher. Davon wandten sich 43,2% an Apotheken oder favorisierten indigene Praktiken, 32,2% suchten Hilfe im privaten schulmedizinischen Sektor und nur 16,8% ließen sich in staatlichen Gesundheitseinrichtungen behandeln<sup>219</sup>.

Insgesamt ziehen also die Menschen in Kambodscha die Versorgung gesundheitlicher Probleme durch nicht-schulmedizinische bzw. private schulmedizinische Praktiken dem staatlichen Gesundheitssektor vor. Die Gründe für die niedrigen Nutzungsraten im staatlichen Gesundheitssektor lassen sich zu zwei Hauptproblembereichen zusammenfassen:

Hohe, z.T. unvorhersehbare Kosten für Transport und Behandlung sowie schlechte Versorgungsqualität.

„Health care is extremely expensive for the very poor. Just one outpatient visit to a commune clinic or a district health centre takes up a third of a year's non-food spending for those in the poorest quintile, while an inpatient visit to a public hospital costs more than twice as much as one year's non-food spending" (BEAUFILS (2000): 110).

Die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben je Haushalt/Jahr betragen 31,90 US\$<sup>220</sup> im staatlichen Gesundheitssystem, 27,10 US\$ im privaten Sektor, 8,50 US\$ in Apotheken und 55,90

<sup>215</sup> Vgl. ENSOR (2002): 11.

<sup>216</sup> Vgl. <http://www.medicam-cambodia.org> (10.01.2006)

<sup>217</sup> Ein wesentliches Problem bei der Analyse des Nutzungsverhaltens und der Versorgungsqualität im staatlichen Gesundheitssektor, ist die unvollständige Literaturlage zu allen Zahlen im Gesundheitswesen; die Angaben schwanken je nach Quelle stark, so dass das Ausmaß der Probleme nur schwer exakt beurteilt werden kann. Die folgenden Ausführungen sind in diesem Sinne zu verstehen.

<sup>218</sup> Vgl. BEAUFILS (2000): 108.

<sup>219</sup> Vgl. NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2006): 155

<sup>220</sup> Diese Summe enthält sowohl direkte Kosten wie die für eine Behandlung, als auch indirekte Kosten z.B. für den Transport zu einem Krankenhaus. Der Wechselkurs des Dollars betrug 2005 ca. 1 € = 1,20 US\$.

US\$ im indigenen Sektor. Dabei handelt es sich um sehr viel größere Summen, als dies in anderen Ländern mit einem vergleichbaren Einkommensniveau wie Kambodscha der Fall ist<sup>221</sup>. Dies hängt im Wesentlichen damit zusammen, dass die staatlichen Ausgaben im Gesundheitswesen extrem niedrig sind.

Die Qualität der Versorgung zeigt seit den 1990er Jahren zwar eine stetige Verbesserung, dennoch ist die Versorgung der Bevölkerung im Rahmen des staatlichen Gesundheitssystems immer noch als völlig unzureichend zu bezeichnen, was insbesondere für die ländliche Bevölkerung zutrifft<sup>222</sup>.

Eine Studie aus dem Jahr 2003 zeigt Struktur und Qualität der Versorgung in sieben Provinzen des Landes. Darin werden die zentralen Probleme des Gesundheitsversorgungssystems in Kambodscha deutlich<sup>223</sup>: Der geographische Zugang zu den staatlichen Einrichtungen ist, insbesondere in ruralen Gegenden, ein zentrales Problem. Im Gegensatz zur Mehrheit der Dienste des indigenen Sektors, die bis auf die Dorfebene hinunter ubiquitär in Kambodscha verfügbar sind, ist die Konzentration von medizinischem Personal, insbesondere Ärztinnen und Ärzte sowie Hebammen in Phnom Penh, als zentrales Problem der Zugänglichkeit von Gesundheitsversorgung zu werten<sup>224</sup>. 2001 arbeiteten 32% des gesamten medizinischen Personals des Landes und 59% der Ärztinnen und Ärzte in den medizinischen Einrichtungen der Hauptstadt. Eines der drängendsten Probleme im kambodschanischen Gesundheitswesen ist zudem der Mangel an ausgebildetem Personal, das im staatlichen Gesundheitssystem nur sehr niedrige Löhne erhält<sup>225</sup>, selbst in der Hauptstadt Phnom Penh unzureichende Ausbildungsmöglichkeiten und vielfach fehlende Weiterbildungskapazitäten. Im ganzen Land existiert nur eine einzige medizinische Fakultät, deren Qualität in Lehre und Ausbildung zwar in den letzten Jahren in einigen Teilbereichen zugenommen hat<sup>226</sup>, jedoch entspricht das Niveau der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie medizinischem Fachpersonal noch lange nicht internationalen Standards<sup>227</sup>. Auch das Verhalten vieler Angestellter im öffentlichen Gesundheitswesen ist häufig inadäquat und wird von vielen Patientinnen und Patienten als unfreundlich und uninteressiert an ihren Bedürfnissen und Nöten eingestuft.

Die Ausstattung mit medizinischem Gerät und Medikamenten ist zudem in vielen Gesundheitszentren, aber auch in vielen Referenzkrankenhäusern, unzureichend. Ein weiteres Pro-

---

<sup>221</sup> Vgl. *CROSSLAND, CONWAY* (2002): 14.

<sup>222</sup> Vgl. *HALL, CHHUONG* (2006): 6

<sup>223</sup> Vgl. zum Folgenden *NCHADS, URC* (2003): 15ff.

<sup>224</sup> Vgl. *BEAUFILS* (2000): 110ff.

<sup>225</sup> So verdient eine Ärztin in Phnom Penh ca. 30 US\$ pro Monat, was zum Überleben oder dem Ernähren einer Familie völlig unzureichend ist. Aus diesem Grund arbeiten die meisten Angestellten des öffentlichen Gesundheitswesens zusätzlich im privaten Sektor (vgl. hierzu *RACHA* (1999): 9f, *ENSOR* (2001): 25).

<sup>226</sup> Hierzu zählt z.B. die dermatologische Abteilung.

<sup>227</sup> Quelle: Gespräche mit Gesundheitsexpertinnen und -experten, eigene Beobachtungen

blem des kambodschanischen Gesundheitssektors sind gefälschte oder minderwertige Medikamente<sup>228</sup>, die häufig aus Nachbarländern eingeschmuggelt oder aber auch in Kambodscha selbst produziert werden.

Die aufgeführten Mängel im Gesundheitswesen führen zu niedrigen Nutzungsraten der staatlichen Einrichtungen und in weiten Teilen unzufriedenen Patientinnen und Patienten.

#### 2.4.4.8 Nutzungsverhalten und Versorgungsqualität im privaten Gesundheitssektor

Der private Gesundheitssektor<sup>229</sup> ist sehr facettenreich und umfasst registrierte Privatkliniken, Privatpraxen, Apotheken und Anbieterinnen und Anbieter indigener Versorgung (vgl. unten). Viele der Leistungen im staatlichen Gesundheitswesen können als „quasi-privat“ bezeichnet werden, da sie nur gegen Barzahlung von Seiten der Patientinnen und Patienten, am staatlichen Gebührensystem vorbei, angeboten werden. Mit einigen Einschränkungen dürfen Angestellte des staatlichen Gesundheitswesens privat praktizieren.

Wie bereits erwähnt, ist der Privatsektor in seinen verschiedenen Ausprägungen die Hauptquelle medizinischer Versorgung in Kambodscha<sup>230</sup>. Die kambodschanische Regierung versucht, die Strukturen des privaten Sektors zu regulieren und macht wenige Anstalten, sein Potential zu nutzen. Die Qualität der Versorgungsangebote im privaten Sektor variiert erheblich, ist jedoch im Allgemeinen als von niedriger Qualität einzuschätzen, die auch gefährliche Praktiken einschließt.

„(M)any unqualified individuals open private clinics causing concurrence to the public sector. This leaves the door open to all kind of abuses as many unqualified individuals are solicited to treat serious diseases. Thus, ‘going to a private practitioner is often a sophisticated variant to self-medication’” (BEAUFILS (2000): 113).

So fanden VICKERY et al. in einer Studie mit 200 privat praktizierende Personen unterschiedlicher Vorbildung in Phnom Penh heraus, dass lediglich 12% ihrer Konsultationen, Verschreibungen und anderer medizinischer Maßnahmen in etwa dem in den *Minimal Package of Activities* festgelegten Standards entsprechen, wobei in 51% der Fälle potentiell gesundheitsgefährdende Maßnahmen durchgeführt wurden<sup>231</sup>. Trotz dieser objektiv schlechten Versorgungsqualität, die im privaten Sektor häufig zu finden ist, wird er von den Patientinnen und Patienten qualitativ höher als der staatliche Gesundheitssektor eingestuft: Die Angestell-

<sup>228</sup> Vgl. hierzu ausführlich MINISTRY OF HEALTH (2001): 3ff., TAYLOR ASSOCIATES INTERNATIONAL (1999): 3ff., THE CAMBODIAN HEALTH & HUMAN RIGHTS ALLIANCE (2002): 6f.

<sup>229</sup> Vgl. hierzu ausführlich: RACHA (1998), BEAUFILS (2000): 113.

<sup>230</sup> ENSOR (2001): 26.

<sup>231</sup> Vgl. VICKERY et al. (2001): 10ff.

ten seien besorgter um ihre Patientinnen und Patienten, die Ausstattung sei besser und die Einrichtungen hygienischer, außerdem seien die Medikamentenvorräte verlässlicher<sup>232</sup>.

Mit MEDICINES SANS FRONTIERS (2001) kann abschließend im Hinblick auf das kambodschanische Gesundheitssystem konstatiert werden, dass „(it) was developed along technocratic lines with lack of sociological insight<sup>233</sup>“. Das Resultat ist ein duales Gesundheitssystem mit dem offiziellen staatlichen Gesundheitssektor, der sehr niedrige Nutzungsraten und eine schlechte Versorgungsqualität aufweist und einem nahezu unregulierten, privaten Sektor, der sich durch hohe Nutzungsraten, einen unklaren bzw. schlechten Ausbildungsstand seiner Vertreterinnen und Vertreter und teilweise irrationalen, teuren Behandlungsmethoden auszeichnet<sup>234</sup>.

#### 2.4.4.9 Versorgungssituation und Nutzungsverhalten im Bereich der Gesundheit von Müttern<sup>235</sup>

Die meisten Gesundheitszentren- und -posten, Krankenhäuser und eine Vielzahl von Nichtregierungsorganisationen betriebenen ambulanten Einrichtungen, bieten theoretisch regelmäßige<sup>236</sup> Sprechstunden für Probleme im Bereich der reproduktiven Gesundheit und insbesondere Schwangerenvorsorge gegen staatlich festgesetzte Gebühren an. Die tatsächlichen Preise sind für die betroffenen Klientinnen jedoch häufig schwer kalkulierbar, da sogenannte „*under the table payments*“ gängige Praxis, sowohl im staatlichen Gesundheitsversorgungssystem als auch in vielen Einrichtungen von Nichtregierungsorganisationen sind<sup>237</sup>. Der private Sektor spielt im Hinblick auf die Schwangerenvorsorge nur eine untergeordnete Rolle, da sie hier nur in Ausnahmefällen statt findet<sup>238</sup>.

Die Schwierigkeiten in der allgemeinen Gesundheitsversorgung der kambodschanischen Bevölkerung finden sich auch im Bereich der reproduktiven Gesundheit. Zusammenfassend lassen sich für den Teilbereich der Müttergesundheit folgende Probleme festhalten<sup>239</sup>: Hohe Müt-

---

<sup>232</sup> BEAUFILS (2000): 113.

<sup>233</sup> MEDICINES SANS FRONTIERS (2001): 10

<sup>234</sup> Vgl. MEDICINES SANS FRONTIERS (2001): 10f.

<sup>235</sup> Im Hinblick auf die Thematik der vorliegenden Arbeit konzentriert sich dieses Kapitel insbesondere auf die Aspekte der medizinischen Versorgung von Schwangeren.

<sup>236</sup> Theoretisch sind diese Einrichtungen ganztätig besetzt. In der Praxis bietet sich jedoch ein anderes Bild: Häufig ist das dort angestellte Personal nur einige wenige Stunden am Tag anwesend. Die restliche Zeit bleiben die Gesundheitseinrichtungen unbesetzt, da das Personal weiteren Tätigkeiten – häufig im privaten Gesundheitssektor – nachgeht. (Quelle: Gespräche mit Gesundheitsexpertinnen und -experten, eigene Beobachtungen, UNFPA (2005): 19).

<sup>237</sup> Vgl. MEDICINES SANS FRONTIERS (2001): 10; CONWAY, CROSSLAND (2002): 14.

<sup>238</sup> Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass hier in erster Linie therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden, Prävention jedoch keine Rolle spielt (vgl. FUJITA et al. (2005): 136, eigene Recherchen, Gespräche mit Gesundheitsexpertinnen und -experten).

<sup>239</sup> Zum Folgenden vgl. UNFPA (2005): 18ff.

ter- und Kindersterblichkeitsraten; limitierter Zugang zu umfassender gesundheitlicher Versorgung, vor allem für Arme und junge Frauen; Mangel und Fehlverteilung von Hebammen; hohe Nachfrage nach professionell begleiteten Geburten, jedoch niedrige Nutzungsraten aufgrund von damit verbundenen Kosten und zu großen Entfernungen; ein ungenügend ausgebildetes Überweisungssystem und schlecht funktionierende Fonds zur Gebührenbefreiung für die Ärmsten (*equity funds*); schlechte Qualität und limitierte Zugänglichkeit sowie niedrige Nutzungsraten von Schwangerenvorsorge und Notfallversorgung während der Geburt<sup>240</sup>, in erster Linie für arme und/oder in ländlichen Gebieten wohnende Frauen; potentiell gefährliche indigene Praktiken bezüglich Geburt und Ernährung von Säuglingen; schlecht ausgebildete indigene Hebammen, die wenig über Gefahrenzeichen während Schwangerschaft und Geburt sowie postpartal wissen und sich teilweise in ihren Fähigkeiten überschätzen; außerdem hohe Raten an unprofessionell durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen. Weiterhin stellen nur begrenzte öffentliche Ressourcen für Gesundheitsversorgung im Allgemeinen und reproduktive Gesundheitsversorgung im Besonderen, zu wenige Beratungsstellen und fehlende oder mangelhafte Zusammenarbeit zwischen schulmedizinischem Personal und indigenen Gesundheitsexpertinnen und -experten<sup>241</sup>, mangelhaftes Gesundheitsverhalten, das in hohen Gesundheitsausgaben, lange andauernden Krankheitsphasen, Verschuldung und zunehmender Armut resultiert sowie eine fehlende, umfassende politische Strategie im Bereich der reproduktiven Gesundheit, ein Problem bei der gesundheitlichen Versorgung von Frauen dar.

Im Rahmen eines internationalen Rankings<sup>242</sup> wurden u.a. die Kapazität, Zugänglichkeit und Qualität der gesundheitlichen Versorgung von (werdenden) Müttern in Kambodscha untersucht. Im Hinblick auf die Kapazität von Versorgungseinrichtungen erhalten sowohl Gesundheitszentren<sup>243</sup> als auch Distriktkrankenhäuser die niedrigsten Platzierungen in ganz Südostasien<sup>244</sup>. Im Hinblick auf die Qualität der angebotenen Gesundheitsversorgung von Müttern, schneidet Kambodscha wiederum unterdurchschnittlich ab: Neben verschiedenen Parametern zur Messung der Versorgungsqualität unter der Geburt und im Wochenbett, wurden zur Beurteilung der Qualität der Schwangerenvorsorge die folgenden Indikatoren genutzt (in

---

<sup>240</sup> Nur 43,8% der Schwangeren werden landesweit im Rahmen der Schwangerenvorsorge von ausgebildetem Personal betreut, in Phnom Penh sind dies 85,1%. Lediglich 38% der Geburten finden unter professioneller Aufsicht statt (Phnom Penh: 86,0%) und nur etwa 10% der Geburten erfolgen in Einrichtungen des Gesundheitswesens, wobei in Phnom Penh 78,4% der Frauen in einer solchen Einrichtung entbinden

(vgl. hierzu und zum Folgenden UNIFEM et al. (2004): 96f.; NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2006): 16ff., FORDHAM (2003): 15f.).

<sup>241</sup> Vgl. hierzu ausführlicher: Indochina Research (2005): 7f.

<sup>242</sup> Vgl. zum Folgenden THE FUTURES GROUP INTERNATIONAL (2000): 3ff.

<sup>243</sup> Welche die unterste Ebene der Schwangerenvorsorge darstellen.

<sup>244</sup> Untersucht wurde dabei z.B. die Möglichkeit eine Sectio Caesarea, intravenöse Gabe von Antibiotika oder Erythrozytenkonzentrate durchzuführen oder auch postpartale Haemorrhagien zu versorgen.

Klammern die Anzahl der erreichten Punkte (von 100): Tetanus-Impfung (72), Blutdruckmessung (63), Ausgabe von Eisen-Folat-Tabletten (67), Informationen bezüglich Gefahrenzeichen in der Schwangerschaft (68), TPHA-Test (27) sowie Beratung und Testung bezüglich HIV (11). Diese Punktwerte decken sich mit Ergebnissen aus dem aktuellen *Demographic and Health Survey*, das 2005 in Kambodscha durchgeführt wurde. Für Phnom Penh ergeben sich dabei folgende Werte<sup>245</sup>: 81,8% der Schwangeren erhalten mindestens eine Tetanusimpfung und 72,5% werden mit Eisen substituiert. Diese Zahlen weisen auf eine – zwar in Phnom Penh wesentlich bessere – jedoch insgesamt niedrige Qualität der Versorgung Schwangerer in Kambodscha hin. Dies wird auch aus anderen Quellen bestätigt. So urteilt BEAUFILS:

„[There are] doubts about the effectiveness of prenatal consultations. Indeed, such consultations are intended to assess all the risks associated with a given pregnancy, including, of course, the risk of premature birth. Many midwives, however, restrict themselves to measuring blood pressure, to weighing and measuring the pregnant woman, and sometimes, to asking for urine tests. Sanitary education is often omitted, and a full echography is only performed in 17,5% of the cases” (BEAUFILS (2000): 65).

In einer anderen Studie stellte die *Reproductive and Child Health Alliance (RACHA)* das Abschneiden Kambodschas in einem internationalen Ranking von maternalen und neonatalen Gesundheitsprogrammen zusammen<sup>246</sup>. Danach ist die Leistungsfähigkeit der Programme zur adäquaten Gesundheitsversorgung von Frauen im Bereich der reproduktiven Gesundheit in Kambodscha, im Vergleich zu insgesamt 48 Entwicklungsländern, als niedrig einzustufen<sup>247</sup>. Die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen sowie deren Zugangsmöglichkeiten und die Versorgungsqualität wurden in dieser Studie ebenfalls untersucht, wobei das Ergebnis für Kambodscha ähnlich unterdurchschnittlich ist. Besonders schlechte Werte erzielt Kambodscha hierbei in der Überweisung von Frauen mit einem Geburtsstillstand sowie in der operativen Geburtshilfe<sup>248</sup>. Insgesamt existieren große Stadt-Land-Unterschiede, wie z.B. bei der Darstellung der Ergebnisse für die Erreichbarkeit von Gesundheitsdiensten für Mütter deutlich wird<sup>249</sup>: Demnach erzielt Kambodscha in urbanen Gebieten für den Indikator 24-Stunden-Öffnungszeiten der Krankenhäuser einen Wert von 85,9 (+4,6)<sup>250</sup> gegenüber 15,4 Punkten (-

<sup>245</sup> Zum Folgenden vgl. NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2006): 15ff.

<sup>246</sup> Dieses Ranking umfasste nur Entwicklungsländer. Vgl. zum Folgenden RACHA (2003): 6ff.

<sup>247</sup> Dies bedeutet konkret, dass z.B. lediglich 52,0% der staatlichen Gesundheitseinrichtungen in der Lage sind, postpartale Hämorrhagien adäquat zu versorgen. 48,6% haben Personal, das über das Wissen verfügt, eine Plazentaretention zu behandeln. Transportmöglichkeiten für notwendige Überweisungen in ein Referenzkrankenhaus, z.B. im Falle eines Geburtsstillstandes, stehen nur in 43,4% der Gesundheitszentren zur Verfügung (vgl. RACHA (2003): 7).

<sup>248</sup> Kambodscha erhält dabei 30,9 bzw. 7,7 Punkte, das sind 12,5 bzw. 16,6 Punkte weniger, als der Durchschnitt der 49 untersuchten Entwicklungsländer (Skala von 0-100).

<sup>249</sup> Vgl. Zum Folgenden BULATAO, ROSS (1999): 25ff.

<sup>250</sup> In Klammern die Differenz zum Durchschnitt aller evaluierten Länder.

42,32) auf dem Land. Für die Behandlung postpartaler Hämorrhagien, eine der wichtigsten Todesursachen für Frauen im reproduktiven Alter, erzielen die ländlichen Gebiete Kambodschas einen Wert von lediglich 15,3 (-19,5), während die städtischen Gegenden mit 85,5% (+16,9) wesentlich besser abschneiden. Somit bleibt mit MUNJANJA festzuhalten:

„The outcome of pregnancy for the average woman is affected by her access to the primary health care level, the efficiency of the communication between this level and the district health center, and the skills and facilities available at the district health center” (MUNJANJA (1998): 75).

Demgegenüber muss jedoch auch erwähnt werden, dass Kambodscha im Bereich der reproduktiven Gesundheit von Frauen, insbesondere im Bereich der Müttergesundheit, in den letzten Jahren wesentliche Fortschritte gemacht hat. Hierzu zählen in erster Linie<sup>251</sup>:

Die Verbesserung der Versorgungsqualität insbesondere in den Referenzkrankenhäusern; die Rekrutierung sowie Aus- sowie Weiterbildung von Hebammen ist einer der vom Gesundheitsministerium besonders geförderten Gesundheitsbereiche; vor allem in den nordöstlichen Provinzen des Landes gibt es Fortschritte im Hinblick auf den Ausbildungsstand von Hebammen zu verzeichnen. Die Anzahl der Frauen, die mindestens zwei Schwangerenvorsorgen während einer Schwangerschaft erhält, ist landesweit auf 47% gestiegen; 33 % der Geburten werden im Landesdurchschnitt von ausgebildetem, medizinischem Personal betreut.

Im Hinblick auf das Nutzungsverhalten benennt eine neuere, quantitativ angelegte Studie, die von *Indochina Research 2005* durchgeführt wurde, zentrale Charakteristika des gesundheitsbezogenen Verhaltens während Schwangerschaft und Geburt in Kambodscha<sup>252</sup>. Demnach spielen sowohl ökonomische wie auch Bildungsaspekte der Frauen eine wichtige Rolle, denn arme Frauen entbinden vier Mal so häufig mit der Unterstützung einer indigenen Hebamme, als Frauen, die nicht als arm klassifiziert werden. Frauen mit einer mehr als siebenjährigen Schulbildung entbinden 10 Mal so häufig in einer schulmedizinisch orientierten Einrichtung des staatlichen Gesundheitssystems, als Frauen ohne Schulbildung. Weiterhin entbinden Frauen, die während der Schwangerschaft Vorsorgemaßnahmen des staatlichen Gesundheitswesens in Anspruch genommen haben, häufiger in einer solchen Einrichtung. Schulmedizinisch ausgebildetes Personal wird jedoch von Schwangeren eher für kurative als für präventive Zwecke in Anspruch genommen.

---

<sup>251</sup> Vgl. hierzu auch UNFPA (2005): 21.

<sup>252</sup> Zum Folgenden vgl. *Indochina Research* (2005): 4ff.

## 2.5 Die Stadt Phnom Penh

Die vorausgegangenen Darstellungen zum nationalen Kontext der Studie sind im Wesentlichen auch für die Hauptstadt Kambodschas, Phnom Penh zutreffend.

Das folgende Kapitel behandelt nun noch einige zentrale Besonderheiten im Hinblick auf Geographie, Ökonomie, Demographie und Gesundheit.

### 2.5.1 Überblick

Die Hauptstadt Kambodschas<sup>253</sup>, Phnom Penh, liegt am Zusammenfluss der Flüsse Mekong, Tonlé Sap und Tonlé Bassac und umfasst eine Größe von 290 km<sup>2</sup>.

Ihre historischen Wurzeln liegen einer Legende<sup>254</sup> zufolge im Jahr 1372<sup>255</sup>. Am Ende des 19. Jahrhunderts transformierten die Beamtinnen und Beamten der französischen Kolonialmacht Phnom Penh von einer Ansammlung Holzhäuser entlang der Ufer der drei Flüsse, in eine typisch koloniale Stadt mit breiten Boulevards, ein mit Bäumen gesäumtes Flussufer, einem streng geometrisch angeordneten Straßennetz und öffentlichen Gebäuden im französischen Kolonialstil. Phnom Penh galt bis zur Unabhängigkeit Kambodschas als die „Perle Französisch-Indochinas“ (MATILDE (2000): 42). Während der Zeit der US-amerikanischen Bombardements Kambodschas von 1969-1972, füllte sich die Hauptstadt mit Flüchtlingen aus den umkämpften Gebieten. Mit dem 17. April 1975 veränderte sich das Bild der völlig überfüllten Millionenstadt abrupt. Bis 1979 war Phnom Penh eine Geisterstadt, alle Einwohnerinnen und Einwohner wurden in ländliche Gebiete vertrieben. Lediglich einige ranghohe Militärs, das Führungskader der Roten Khmer sowie König Norodom Sihanouk, der in Phnom Penh praktisch im Exil lebte, hielten sich in der Stadt auf. Heutzutage ist Phnom Penh das politische und wirtschaftliche Zentrum Kambodschas, Sitz der königlichen Familie, wichtigstes Bildungs- und Kulturzentrum sowie Dreh- und Angelpunkt der internationalen Beziehungen des Landes. Trotz der radikalen Veränderungen, die es in seiner Geschichte erfahren hat, wird die Stadt auch durch Kontinuitäten unterschiedlicher Art geprägt, die sich bereits im 19. Jahrhundert finden lassen:

„It is the residence of the Royal Court, it distributes skills and job opportunities, it is not an industrial city and has many features of an agricultural market, with its great influx of goods and trade“ (MATILDE (2000): 43).

---

<sup>253</sup> Zum Folgenden vgl. PLANNING DEPARTMENT OF PHNOM PENH MUNICIPALITY (2004)

<sup>254</sup> Entsprechend dieser Legende wurde Phnom Penh von einer Witwe namens *Daun Penh* auf einem Hügel (im Khmer: *Phnom*), der noch heute zum Stadtbild gehört, gegründet.

<sup>255</sup> Eine ausführliche Darstellung der Geschichte Phnom Penhs findet sich z.B. bei DERKS (2005): 35ff sowie auf der Homepage der Stadt unter [www.phnompenh.gov.kh](http://www.phnompenh.gov.kh) (18.06.2007).



Im Zuge der Globalisierung hat Phnom Penh im heutigen Kambodscha jedoch auch Funktionen und zeigt Veränderungen, die Charakteristika westlicher Metropolen oder auch Stadtstaaten wie Singapur sind: Die Stadt fungiert als Auffangbecken für verschiedene – ethnisch, national, sozial oder religiös definierte – Kulturen. Sie ist ein Ort des – legalen oder illegalen – Tauschs von Waren und Gütern lokaler, wie regionaler oder internationaler Herkunft. Sie bietet die Möglichkeit an öffentlichen, elektronischen Netzwerken zu partizipieren, die Handelsprache Englisch holt gegenüber dem Khmer immer weiter auf und der US-Dollar ersetzt häufig die Landeswährung Riel.

Die Stadt ist in sieben Stadtteile (*khan*) unterteilt, von denen vier<sup>256</sup> als urban und drei<sup>257</sup> als suburban bzw. ländlich eingestuft werden. Phnom Penh ist weiterhin administrativ in 76 Verwaltungseinheiten (*sangkat*) untergliedert, die 2004 eine Bevölkerung von 1 011 264 - bei einer jährlichen Wachstumsrate von 1,81%<sup>258</sup> - umfassten, was einer Bevölkerungsdichte von 2696 Personen/km<sup>2</sup> entspricht. 52,68% der Bevölkerung sind weiblich, 47,32% männlich. 67% der Gesamtbevölkerung Phnom Penhs zählen zum Arbeitskräftepotential, wovon 71,6% im Dienstleistungssektor, 20,9% im industriellen und 7,5 im landwirtschaftlichen Sektor beschäftigt sind. Dabei ist der Tourismussektor der am schnellsten wachsende Wirtschaftszweig in Phnom Penh. 2002 lebten 25% der Bevölkerung in der Hauptstadt unterhalb der Armutsgrenze<sup>259</sup>. 72% der Bevölkerung hat Zugang zu sauberem Trinkwasser, 75,4% der Haushalte sind an das Abwassersystem der Stadt angeschlossen, 80,7% der Haushalte haben Elektrizität, deren Verfügbarkeit jedoch in vielen Fällen je nach Jahres- und Tageszeit erheblich schwanken kann<sup>260</sup>.

63,6% der Frauen und 54% der Männer in der Hauptstadt haben ihre Grundschulausbildung nicht abgeschlossen, 23,7% der Bevölkerung<sup>261</sup> geben eine abgeschlossene Grundschulausbildung als höchsten Schulabschluss an und lediglich 1,1%<sup>262</sup> der Bevölkerung haben eine Schulbildung, die über einen Realschulabschluss hinaus geht.

---

<sup>256</sup> Dies sind im Einzelnen: *Khan Chamkar Mon*, *Khan Doun Penh*, *Khan Prampir Meakkakra* und *Khan Toul-kok* (vgl. BURY et al. (2001): IX).

<sup>257</sup> Dies sind im Einzelnen: *Khan Doug Kour*, *Khan Mean Cheay* und *Khan Reseay Keo* (vgl. BURY et al. (2001): IX).

<sup>258</sup> Vgl. NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2004b): 9.

<sup>259</sup> Zur Lebenssituation armer Frauen in Phnom Penh vgl. o.A. (2001b).

<sup>260</sup> Zudem variieren die Zahlen je nach Stadtviertel stark.

<sup>261</sup> Frauen: 19,5%, Männer: 27,3%

<sup>262</sup> Frauen: 0,5%, Männer: 1,6%

## 2.5.2 Gesundheit in Phnom Penh

### 2.5.2.1 Allgemeine Struktur

Die Hauptstadt ist Teil des bereits erwähnten Systems der *Operational Districts (OD)* und umfasst vier dieser Verwaltungseinheiten<sup>263</sup>, wobei jedem *OD* mindestens ein Referenzkrankenhaus zugeordnet ist. Insgesamt gibt es im Stadtgebiet von Phnom Penh 37 Gesundheitszentren.

Der Süden der Stadt entspricht dem *OD Kandal*. Er beinhaltet zehn Gesundheitszentren und umfasst als Referenzkrankenhaus das *Municipal Hospital*. Der Norden der Stadt entspricht dem *OD Chheung* und beinhaltet acht Gesundheitszentren. Referenzkrankenhäuser sind das *Calmette Hospital*, das Kinderkrankenhaus *Khanta Bopha I* sowie das *National Maternal and Child Health Center*. Der *OD Lech* mit zehn Gesundheitszentren entspricht dem Westen Phnom Penhs. Die Referenzkrankenhäuser sind das *Kossamak Hospital* und das *National Pediatric Hospital*. Der Osten der Stadt schließlich wird im *OD Tbong* repräsentiert, umfasst neun Gesundheitszentren und das Referenzkrankenhaus *Sihanouk Hospital*.

### 2.5.2.2 Versorgungssituation, Gesundheitsstatus und Nutzungsverhalten<sup>264</sup>

Die Versorgungssituation ist in Phnom Penh wesentlich besser als im Landesvergleich. Die Anzahl der in den „Gelben Seiten“ der Stadt registrierten Kliniken<sup>265</sup> betrug 2005 79, die Zahl der niedergelassenen und offiziell registrierten Gynäkologinnen und Gynäkologen 24<sup>266</sup>.

Die in Kapitel II.2.4.4.2 bereits näher ausgeführten zentralen Gesundheitsprobleme der kambodschanischen Bevölkerung treffen im Wesentlichen auch für die Menschen in Phnom Penh zu. Spezifisch für die Hauptstadt ist eine höhere Anzahl an schwerwiegenden Erkrankungen bzw. Verletzungen insbesondere durch Verkehrsunfälle<sup>267</sup>. Im Hinblick auf das Nutzungsverhalten im Krankheits- bzw. Verletzungsfall suchen Einwohnerinnen und Einwohner, die als arm klassifiziert werden, häufiger (in 34% der Fälle) zuerst Einrichtungen des staatlichen Gesundheitssektors, gefolgt von denen des privaten (32,4%) und indigenen Sektors (28,7%), auf. Als nicht-arm klassifizierte Bevölkerungsanteile hingegen, wenden sich meist zuerst an den privaten Sektor<sup>268</sup> (in 41,5% der Fälle), verhalten sich also so, wie die überwiegende Mehrheit

<sup>263</sup> Die nachfolgenden Angaben sind entnommen aus: MINISTRY OF HEALTH (2005c).

<sup>264</sup> Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich im Wesentlichen auf die Veröffentlichungen des *Phnom Penh Urban Health Projects*, einem Pilotprojekt, das im Jahr 2000 die Einführung von auf Arme ausgerichtete Basisgesundheitsversorgung in der Hauptstadt testen sollte.

<sup>265</sup> Inwieweit es sich hierbei um Kliniken mit der Möglichkeit der stationären Aufnahme handelt, muss dabei unklar bleiben. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es wohl eher um Privatpraxen, die sich lediglich Klinik nennen (eigene Beobachtungen, Gespräche mit Gesundheitsexpertinnen und -experten).

<sup>266</sup> Vgl. <http://www.yellowpages-cambodia.com> (29.12.2005)

<sup>267</sup> Vgl. hierzu und zu den folgenden Zahlen BURY (2001): 24f.

<sup>268</sup> Vgl. BURY (2001): 88.

der Bevölkerung. Der öffentliche Sektor ist für sie hingegen erst die dritte Wahl und wird in 22,2% der Erkrankungsfälle zuerst aufgesucht, gegenüber 31,4% der Patientinnen und Patienten, die sich zunächst für den indigenen Sektor entscheiden. Weiterhin führen hohe Ausgaben im Gesundheitsbereich überproportional häufig, im Vergleich zur Gesamtbevölkerung, zur Aufnahme von Schulden.

Im Hinblick auf die reproduktive Gesundheit von Frauen unterscheidet sich die Situation in der Hauptstadt im Vergleich zu der im Rest des Landes, was im Folgenden ausgeführt wird.

Für den Bereich der Fertilität und Geburtenkontrolle<sup>269</sup> gelten wie bereits erwähnt eine niedrigere Geburtenrate<sup>270</sup> als im Landesdurchschnitt, eine relativ niedrige Rate von Teenagerschwangerschaften<sup>271</sup>, eine höhere Rate von Schwangerschaftsabbrüchen<sup>272</sup>, eine relativ hohe Nutzungsrate an Verhütungsmitteln, insbesondere der Antibabypille sowie anderer hormoneller Präparate<sup>273</sup>, wobei sich diese Nutzungsraten durch hohe Diskontinuitätsraten sowie einen niedrigen Wissenstand bezüglich der einzelnen Methoden auszeichnen.

Viele der in Kapitel II.2.4.4.5 ausgeführten Aspekte bezüglich der Gesundheit von Müttern sind auch für die Situation in der Hauptstadt zutreffend. Es existieren jedoch auch hier einige Besonderheiten.

Entsprechend des aktuellen *Demographic and Health Survey* von 2005 erhalten 85,1% der schwangeren Frauen in Phnom Penh mindestens ein Mal eine Schwangerenvorsorge<sup>274</sup>. Frauen in der Hauptstadt liegen damit weit über dem Landesdurchschnitt, der bei 43% liegt<sup>275</sup>. Der Zugang Schwangerer zu Vorsorgemaßnahmen kann somit als gut bezeichnet werden, wobei fehlendes Aufsuchen von Schwangerenvorsorge positiv mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status sowie Multiparität korreliert<sup>276</sup>. Einschränkend ist jedoch anzumerken, dass diese Zahlen lediglich deutlich machen, ob eine Frau überhaupt staatliche Vorsorgemaßnahmen in Anspruch genommen hat, jedoch nicht ob weitere Inanspruchnahmen folgten. Genauere Daten zur Anzahl der Vorsorgetermine, die von Schwangeren in Anspruch genommen werden, existieren nicht spezifisch für Phnom Penh. Trotz des anscheinend guten Zugangs zu den Einrichtungen, die Schwangerenvorsorge anbieten, erfolgt die Inanspruchnahme der ersten Vor-

---

<sup>269</sup> Die folgenden Zahlen sind entnommen aus NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2007): 89ff.

<sup>270</sup> 2,5 Geburten je Frau im Alter zwischen 15 und 49 Jahre

<sup>271</sup> 3,3 % in der Gruppe der 15-19-jährigen gegenüber 4,45 im Landesvergleich

<sup>272</sup> 13,2% Frauen, die angeben mindestens einen Abbruch in ihrem Leben bislang durchgeführt zu haben; Landesdurchschnitt: 7,9%.

<sup>273</sup> 31,6% der Befragten geben an, irgendein schulmedizinisches Verhütungsmittel zu nutzen, gegenüber 27,2% im Landesdurchschnitt.

<sup>274</sup> Vgl. NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH (2006): 138.

<sup>275</sup> Vgl. FUJITA et al. (2005): 136.

<sup>276</sup> Vgl. FUJITA et al. (2005): 138. NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2007): 167.

sorge meist spät, d.h. im Durchschnitt, wenn die Frauen sich im 3,9. Monat ihrer Schwangerschaft befinden. Die Qualität der Versorgung lässt, wie in den Kapiteln II.2.4.4.7 und II.2.4.4.8 bereits ausgeführt wurde, auch in der Hauptstadt zu wünschen übrig. Neben den bereits dargestellten Zahlen bezüglich der Tetanusimpfungen und der Eisensubstitution, sollen hier noch einige weitere zentrale Indikatoren genannt werden: Lediglich 68,8% der Schwangeren werden während einer Vorsorge in Phnom Penh über Symptome potentieller Risiken in der Schwangerschaft aufgeklärt, nur bei 60,9% wird ein Urintest auf Eiweiß, bei lediglich 48,7% ein Bluttest zur Bestimmung des Hämoglobinwertes durchgeführt.

Im Hinblick auf die Betreuung von Geburten durch ausgebildetes Personal, ist die Situation in Phnom Penh weit aus besser als im Landesdurchschnitt einzuschätzen. 86% aller Geburten werden entweder von Hebammen oder Ärztinnen betreut, nur 14% von indigenen Hebammen. Im Gegensatz zu diesen, vergleichsweise positiven Zahlen, für die Hauptstadt, finden sich auch hier Probleme. Dabei spielen weniger die Verfügbarkeit, als vielmehr die Zugänglichkeit und Akzeptanz der Einrichtungen eine wesentliche Rolle. Nahezu 100% der befragten Frauen im *Phnom Penh intra-urban health survey* und fast 80% der Interviewpartnerinnen im *CDHS 2005* geben Probleme beim Zugang zu Einrichtungen der Gesundheitsversorgung an, wobei Aspekte der ökonomischen und geographischen Zugänglichkeit vorherrschend sind<sup>277</sup>. Dabei geben 60,6% der befragten Frauen Probleme bei der Beschaffung von Geld, 25,8% bei der Aussicht Transportmittel in Anspruch nehmen zu müssen und 22,1% die Entfernung zur nächsten Gesundheitseinrichtung an. Gefolgt werden diese von sozio-kulturellen Problemen der Zugänglichkeit und Akzeptanz, wie etwa dem Bedürfnis, nicht alleine eine solche Einrichtung aufsuchen zu wollen (40,1%), der Angst, von einem männlichen Angestellten des Gesundheitswesens untersucht zu werden (31,1%) sowie die fehlende Erlaubnis, eine derartige Einrichtung aufsuchen zu dürfen (15,0%).

---

<sup>277</sup> Vgl. hierzu und zu den folgenden Angaben BURY (2001): 89ff und NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2007): 177f.

### **III. Theoretische Grundlagen**

Nach der Darstellung der internationalen und nationalen Rahmenbedingungen der vorliegenden Arbeit, folgen nun die Ausführungen zu den theoretischen Grundlagen der Studie.

Sie umfassen Forschungen zu biomedizinischen und subjektiven Gesundheits-, Krankheits- und Risikovorstellungen sowie Untersuchungen zu präventivem und gesundheitsförderlichem Verhalten.

Wie bereits einleitend erwähnt, orientiert sich die Arbeit an den theoretischen und methodischen Konzepten der Medizinethnologie. Ausgangspunkt ist dabei die Annahme, dass Gesundheit und Krankheit in unterschiedlichen Gesellschaften verschieden definiert werden.

Diese Definitionen, die Konzepte und Wahrnehmungen von Gesundheit und Krankheit werden durch gesellschaftliche Normen und Werte, Glaubensvorstellungen, kulturelle Praktiken und Techniken, ökonomische und politische Zusammenhänge sowie einer Vielzahl weiterer Faktoren beeinflusst und unterliegen aus diesem Grund einem dynamischen Wandel. In allen Kulturen existieren damit spezifische Erklärungsmuster und Praktiken hinsichtlich Ätiologie, Diagnostik und Therapie von Krankheiten, die meist im Sinne einer Störung des Alltags wahrgenommen werden. Dies gilt auch für die Themengebiete Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

#### **1. Gesundheitsrisiken und Prävention in der Schwangerschaft: Die biomedizinische Perspektive**

Schwangerschaft und Geburt sind prinzipiell natürliche Prozesse, die für die Schwangere verschiedene physiologische, psychologische und soziale Adaptionsleistungen bedeuten.

Sie sind jedoch auch mit potentiellen Gesundheitsrisiken und –störungen verbunden, die im folgenden Kapitel im Mittelpunkt stehen.

##### **1.1. Gesundheitsrisiken in der Schwangerschaft**

Ein nicht unwesentlicher Teil – Schätzungen zufolge bis zu 25%<sup>278</sup> - der maternalen Todesfälle weltweit ereignet sich während der Schwangerschaft, jedoch sind diesbezügliche Daten kaum erhältlich. Ätiologisch werden im Rahmen von Morbidität und Mortalität von Müttern zwischen direkten und indirekten Ursachen unterschieden.

80% der Todesfälle weltweit sind auf direkte Ursachen zurückzuführen, die sich unabhängig von länderspezifischen Kontexten ähneln: Hämorrhagien (meist postpartal; häufigste Todes-

---

<sup>278</sup> Vgl. hierzu und zum Folgenden WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005b): 44 sowie die Leitlinien des britischen National Institute of Clinical Evidence (NATIONAL LIBRARY OF HEALTH, NATIONAL INSTITUTE OF CLINICAL EVIDENCE, 2003/2006: 67f.).

ursache bei Müttern weltweit), Gestationshypertonie, protrahierte bzw. unmögliche Geburtsverläufe mit Langzeitfolgen wie z.B. vesico-vaginale oder rekto-vaginale Fisteln, Uterusruptur sowie Septitiden im Wochenbett, Komplikationen durch unsachgerecht durchgeführte Interruptiones<sup>279</sup> etc.

20% der Todesfälle sind auf indirekte Ursachen zurückzuführen, d.h. solche, die bereits vor der Schwangerschaft existierten und durch diese verschlimmert wurden. Hierzu zählen z.B. Anämie, Tuberkulose, kardiovaskuläre Erkrankungen, sexuell übertragbare Krankheiten, Hepatitiden, Asthma, oder HIV/AIDS aber auch Alkohol- und Nikotinabusus sowie, im weiteren Sinne, Gewalt gegen Frauen.

In der Schwangerschaft können – zusammengefasst<sup>280</sup> - drei Arten von gesundheitlichen Problemen auftreten, die alle im Rahmen der Schwangerenvorsorge diagnostiziert und therapiert werden können und internationalen Standards entsprechend als Schwangerschaftskomplikationen in der Krankenartenklasse XV (O00 – O99) erfasst sind<sup>281</sup>: Komplikationen, die aus der Schwangerschaft selbst resultieren, bereits vor der Schwangerschaft bestehende Krankheiten, die durch diese verschlimmert werden sowie die negative Folgen ungesunder Lebensweisen für den Ausgang der Schwangerschaft.

Viele dieser Komplikationen haben eine sozio-ökonomische bzw. sozio-politische Komponente, die mit ihren medizinischen Ursachen verwoben ist. So schränkt beispielsweise der niedrige sozio-ökonomische Status von Frauen und Mädchen in vielen Staaten der Welt ihren Zugang zu ökonomischen Ressourcen und Informationsmöglichkeiten ein und limitiert sie in ihrer Entscheidungsfreiheit, z.B. Vorsorgemaßnahmen in Anspruch zu nehmen oder Entscheidungen bezüglich ihrer Ernährung zu treffen. Auf einer Makroebene tragen z.B. ein Mangel an politischem Engagement oder inadäquate finanzielle und technische Mittel von Seiten der Regierungen zu einem Mangel an Ressourcen (in Form von Finanzmitteln, ausgebildetem Personal, adäquaten Gesundheitseinrichtungen und verfügbaren Medikamenten) bei, der – einmal behoben - eine effektive Bekämpfung der medizinischen Ursachen maternaler Morbidität und Mortalität erlauben würde.

---

<sup>279</sup> Etwa 20 Millionen unsachgemäß durchgeführte Schwangerschaftsabbrüche werden jährlich weltweit durchgeführt. Davon finden fast 90% in Entwicklungsländern statt. Zum Teil lebensbedrohliche Komplikationen wie Septitiden, Hämorrhagien, genitale und abdominelle Traumata oder Uterusperforationen können unmittelbare Folgen sein. Langfristig können sekundäre Infertilität, eine höhere Inzidenz an ektopen Schwangerschaften, Frühgeburten und Spontanaborten, resultieren.

<sup>280</sup> Im Rahmen der vorliegenden Arbeit soll und kann kein umfassender Überblick über biomedizinische Risiken in der Schwangerschaft gegeben werden, da im Mittelpunkt der Untersuchung die subjektiven Vorstellungen von Frauen in Phnom Penh stehen. Es soll deshalb an dieser Stelle der Hinweis auf die einschlägige Fachliteratur wie z.B. RATH, FRIESE (2005) genügen.

<sup>281</sup> Vgl. hierzu WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008).

## 1.2 Prävention in der Schwangerschaft: Die Schwangerenvorsorge

Zur Prävention der oben dargestellten Risiken sowie zur Gesundheitsförderung in der Schwangerschaft, können drei Strategien identifiziert werden: Schwangerschaftsverhütung, Verhütung von Komplikationen während der Schwangerschaft sowie adäquate Behandlung von auftretenden Komplikationen. Da viele schwangerschaftsassozierte sowie geburtshilfliche Komplikationen nicht vorausgesagt und, im Falle Letztere, oft auch nicht verhütet, jedoch behandelt werden können, ist ein funktionierendes, qualitativ hochwertiges Gesundheitssystem mit verschiedenen Überweisungsinstanzen nötig, um eine adäquate Versorgung der Schwangeren bzw. Gebärenden gewährleisten zu können. Aus einer biomedizinischen Sicht sind die Untersuchungen im Rahmen der Schwangerenvorsorge die zentralen Instrumente zur Sicherstellung einer gesund verlaufenden und endenden Schwangerschaft.

### 1.2.1 Gesundheitsförderung und Prävention

Vor der eigentlichen Darstellung der Bedeutung von Schwangerenvorsorge, sollen an dieser Stelle die beiden übergeordneten Konzepte – Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention – kurz beschrieben werden.

Das Konzept der Prävention hat in den letzten Jahren einen Wandel erfahren<sup>282</sup>.

„Spätestens seit der Ottawa-Charta der WHO (...) vollzog sich ein Paradigmenwechsel von einer bisher stark am Individuum orientierten Gesundheitserziehung hin zu einem umfassenderen und lebensweisenbezogenen Konzept der Gesundheitsförderung“ (FRANK (2001): 15).

Verbunden damit ist die Trennung der Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention. Mit der Ottawa-Charta<sup>283</sup> hat die WHO 1986 eine wegweisende Definition zur Gesundheitsförderung vorgelegt, die bis heute Gültigkeit hat und als Grundlage interdisziplinärer Gesundheitsförderung und –forschung gilt<sup>284</sup>. In Anlehnung an ihren weit gefassten Gesundheitsbegriff, der nicht nur die Abwesenheit von Krankheit umfasst, sondern ein holistisches Verständnis von Gesundheit beinhaltet, werden die Voraussetzungen für Gesundheit – in diesem Fall schwangerer Frauen – wie folgt benannt:

„Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Ökosystem, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden“ (WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986)).

---

<sup>282</sup> Zum Folgenden vgl. FRANK (2001): 15ff.

<sup>283</sup> Das gesamte Dokument in deutscher Übersetzung findet sich unter [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2?language=German](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German) (24.07.2007).

<sup>284</sup> Vgl. GUTZWILLER, PACCAUD (2007a): 196ff.

Gesundheitsförderung kann dabei als all die Maßnahmen verstanden werden, die von Individuen oder Kollektiven angewendet werden, um einen aktuell bestehenden Gesundheitszustand zu verbessern. Der Fokus ist dabei ein holistisch-salutogenetischer, der sich sowohl auf individuelle, als auch auf soziale Komponenten der Förderung von Gesundheitspotentialen bezieht und explizit die Stärkung von gesundheitsförderlichen Bedingungen und den Abbau gesundheitsschädigender, sozialer Faktoren einfordert. Hierzu zählen nach HURRELMANN und HAISCH u.a. ökonomische Sicherheit, soziale Gerechtigkeit und Absicherung, eindeutige soziale Normen und Werte, ausreichende Bildungsangebote, Möglichkeiten zur individuellen Selbstbestimmung, politische Stabilität, Frieden, eine intakte Lebensumwelt u.a.<sup>285</sup>. Darauf aufbauend kann ein gesundheitsförderlicher Lebensstil definiert werden als

„alle Aktivitäten und Kompetenzen einer Person, die aus subjektiver Sicht einen Beitrag zur Aufrechterhaltung und Wiederherstellung des gesundheitlichen Wohlbefindens leisten können“ (FRANK (2001): 270).

Dem gegenüber liegt dem Konzept der Prävention ein eher krankheitsorientiertes, pathogenetisches Verständnis zugrunde, wobei auch Prävention als gleichzeitig individueller wie gesellschaftlicher Prozess verstanden wird. Unterschieden werden Maßnahmen der primären, sekundären und tertiären Prävention, die alle darauf abzielen, eine Verschlechterung des aktuell bestehenden Gesundheitszustandes zu vermeiden. Dabei liegen die wichtigsten Maßnahmen der Krankheitsprävention in der Früherkennung von Krankheiten bzw. Gesundheitsstörungen, der Vermeidung von Risikoverhalten, Rezidivprophylaxe und Hilfen in Frühstadien von Krankheiten.

Zusammenfassend kann somit konstatiert werden, dass

„Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention (...) Interventionsstrategien eines ganzheitlichen Handelns im Kontext von Gesundheit und Krankheit [darstellen]“ (GEMBRIES-NÜBEL, (2004): 81).

### 1.2.2 Schwangerenvorsorge und ihre Bedeutung für die Schwangerschaft

Schwangerenvorsorge umfasst im Idealfall Komponenten beider Konzepte. Ihr Ziel sind gesunde Mütter und gesunde Kinder<sup>286</sup>. Grundsätzlich sollte sie dazu dienen, die Schwangerschaft bezüglich eines gesunden Verlaufes zu beobachten, Unterstützung und Informationen anzubieten und insbesondere Frauen, mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von Problemen während Schwangerschaft und Geburt, zu überwachen. Eine weitere Kernfunktion

---

<sup>285</sup> Vgl. HURRELMANN, HAISCH (2007): 68.

<sup>286</sup> Zum Folgenden vgl. NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH (2008): 24ff.



von Schwangerenvorsorge ist zudem die Diagnostik und Therapie von (schwangerschaftsbedingten) Gesundheitsproblemen und die Prävention möglicher Gesundheitsrisiken, vor ihrem Auftreten<sup>287</sup>. Weiterhin dient die Schwangerenvorsorge der Geburtsvorbereitung, sowie allgemein der Gesundheitsförderung während der Schwangerschaft.

Zusammenfassend soll Schwangerenvorsorge also der Vermeidung von Risiken bzw. der Reduktion von Krankheitsschwere und Mortalitätsraten in der Schwangerschaft dienen. Diese Aspekte der Schwangerenvorsorge sowie Entwicklungen von Technologien zur Überwachung der Schwangerschaft und damit der Gesundheit von Mutter und Kind wie z.B. Ultraschall, Amniozentese etc., haben die Schwangerschaft an sich stark verändert: Von einem natürlichen, hin zu einem hoch technologisierten, medikalisierten, pathologisierten und an Risiken orientierten Prozess, der in wichtigen Teilen in den Händen von professionellem medizinischen Personal, also Hebammen und Gynäkologinnen und Gynäkologen liegt<sup>288</sup>. Dieser Risikoansatz in der Schwangerenvorsorge ist in den letzten Jahren immer häufiger kritisiert worden<sup>289</sup>: Er habe zu keiner signifikanten Qualitätssteigerung in der gesundheitlichen Versorgung Schwangerer, keiner Ausweitung der coverage und keiner verstärkten Förderung präventiver Maßnahmen geführt<sup>290</sup>. Als Gründe hierfür werden die inflationäre Anwendung von Risikodefinitionen, die Vernachlässigung präventiver Potentiale, qualitativ minderwertige Screeningverfahren sowie die ungenügende Berücksichtigung lokaler Besonderheiten im Bereich des Gesundheitswesens, wie auch der individuellen Situation der Schwangeren, angeführt.

### 1.2.3 Schwangerenvorsorge in Entwicklungsländern

In der Einleitung dieser Arbeit wurde bereits auf einige allgemeine Zahlen zu maternalen Todesfällen weltweit eingegangen. Der Tod von Müttern, der in ursächlichem Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett steht, ist ein globales Problem, das zu 99% Entwicklungsländer betrifft und gravierende soziale, ökonomische und politische Konsequenzen für alle Bevölkerungsteile hat. Aus diesem Grund ist der Schwangerenvorsorge in Ent-

---

<sup>287</sup> Die Schwangerenvorsorge ist damit ein Instrument der Primärprävention.

<sup>288</sup> Vgl. hierzu MATHOLE et al. (2004): 124f.

<sup>289</sup> Entsprechend dieses Konzeptes werden Schwangerschaften weltweit in die Kategorien Risikoschwangerschaft und risikofreie Schwangerschaft eingeteilt, was der optimalen medizinischen Versorgung während Schwangerschaft und Geburt sowie der Abmilderung bzw. Verhinderung vorhersehbarer Gesundheitsrisiken für Mutter und Kind dienen soll.

<sup>290</sup> Vgl. JAHN, KOWALEWSKI (1998): 196ff.

wicklungsländern besondere Bedeutung beizumessen<sup>291</sup>. Viel häufiger als in Industrieländern, können Ernährungsdefizite aufgedeckt und endemische Krankheiten wie etwa Malaria, Helmintheninfektionen und Geschlechtskrankheiten diagnostiziert und therapiert werden. Zudem können präventive Angebote, wie z.B. Tetanusimpfungen, Folsäure- und Jodsubstitution oder auch HIV-Testungen durchgeführt werden. Zusätzlich bieten

„antenatal consultations (...) an opportunity to promote healthy lifestyles that improve long-term health outcomes for the woman, her unborn child, and possibly her family. The promotion of family planning is the foremost example of this and can have a positive impact on contraceptive use after birth” (WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005b): 46).

Damit Schwangerenvorsorge all dies leisten kann, muss sichergestellt sein, dass die betroffenen Frauen Zugang zu den entsprechenden Einrichtungen haben. Dieser ist von verschiedenen infrastrukturellen, makro- und mikroökonomischen sowie sozio-kulturellen Faktoren abhängig: Die Möglichkeiten für Frauen, Entscheidungen bezüglich Zeitpunkt und Ort ihrer gesundheitlichen Versorgung zu treffen, zählen dabei ebenso dazu, wie entstehende Kosten, die Verfügbarkeit von Transportmitteln, das Verhalten des Personals im Gesundheitswesen, die Existenz von Krankenversicherungen und andere.

In den letzten 20 Jahren ist länderunabhängig, jedoch mit einem besonderen Fokus auf die Entwicklungsländer, viel über den Nutzen der Schwangerenvorsorge im Hinblick auf ihr Potential zur Reduktion maternaler Morbidität und Mortalität geforscht und veröffentlicht worden<sup>292</sup>. Die Hauptaussage war dabei, dass Schwangerenvorsorge allein nicht genügt, Krankheits- und Todesfälle in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zu reduzieren. Vielmehr basiert eine solche Reduktion zusätzlich auf der Sicherstellung qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung, die von den betroffenen Frauen in Anspruch genommen wird und die über ein funktionierendes Überweisungssystem verfügt<sup>293</sup>. Die Erkenntnis, dass Schwangerenvorsorge nicht isoliert von sozialen, ökonomischen und politischen Verhältnissen in einem Land gesehen werden kann sowie

„that prenatal care could have a significant impact on maternal health; that is an interaction with the health care system, it is an opportunity for health education“ (BERG (1995): 186)

führte zu weiteren Analysen. Diese konzentrierten sich in erster Linie auf die Umstrukturierung und Anpassung von Schwangerenvorsorge auf die spezifische Situation in

---

<sup>291</sup> In der Literatur existieren keine Überblickswerke zur Bedeutung der Schwangerenvorsorge in Entwicklungsländern im Allgemeinen; vielmehr handelt es sich meist um regionale Studien, die Einzelaspekte untersuchen. Diese werden im Folgenden ausgewertet.

<sup>292</sup> Vgl. hierzu z.B. WALSH et al. (1993), MAINE (1991), LETTENMAIER (1988), ROONEY (1992).

<sup>293</sup> Vgl. BERG (1995): 183.

Entwicklungsländern. In einer von der WHO durchgeführten Studie zur Effektivität einer reduzierten Schwangerenvorsorge, die fünf statt wie bisher acht Konsultationen umfasst, stellen VILLAR et al. fest, dass das neue Modell

„seems not to affect maternal and perinatal outcomes. It could be implemented without major resistance from women and providers and may reduce cost“ (VILLAR et al. (2001): 1562).

Diese und weitere Studien zeigten, dass die Effektivität und der Nutzen vieler einzelner Maßnahmen, die im Rahmen der Schwangerenvorsorge durchgeführt werden, noch wissenschaftlich zu belegen sind und dass eine Reduktion der Anzahl von Vorsorgen, ohne negative Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen und Kindern ante-, peri- und postpartal, möglich ist<sup>294</sup>. Es konnte jedoch auch gezeigt werden, dass bestimmte Vorsorgeleistungen bereits wissenschaftlich abgesichert eingesetzt werden<sup>295</sup>. Insgesamt bleibt unbestritten, dass

„(a)lthough an exclusive focus on care during pregnancy has not been shown to have a direct impact on maternal mortality, antenatal care provides an important entry point for women to the health care system. It presents an opportunity to assess the future mother’s overall condition, diagnose and treat infections, screen for anaemia and HIV/AIDS, enroll women in programmes to prevent transmission of HIV to infant, and prevent low birth weight. Women who had antenatal care are also more likely to have a skilled attendant present during childbirth.“ (UNFPA (2004))

## **2. Subjektive Gesundheits-, Krankheits- und Risikovorstellungen**

In Abgrenzung zu einer, wie oben beschriebenen, rein biomedizinischen Sichtweise von Risiken in der Schwangerschaft und der Prävention dieser Risiken durch die Schwangerenvorsorge, liegt einer eher sozialwissenschaftlich orientierten Perspektive ein holistischer Ansatz zugrunde. Bereits in den Anfängen der Beschäftigung mit den Themen Schwangerschaft und Geburt<sup>296</sup> wurde deutlich, dass eine rein schulmedizinische Betrachtung ihre Komplexität nicht adäquat erfassen kann: Da es sich um ein sozio-kulturell überformtes Phänomen handelt, das von den jeweils spezifischen historischen, politischen, ökonomischen, kulturellen und sozialen Umständen einer Gesellschaft geprägt ist, kann es auch nur in diesen Kontexten verstanden werden. Die medizinethnologische Forschung hat diesen Erkenntnissen in weiten Teilen Rechnung getragen<sup>297</sup>.

---

<sup>294</sup> Vgl. auch ROONEY (1992): 34f.

<sup>295</sup> Zu diesen zählen z.B. Screening und Behandlung von Anämien, Malaria, schwangerschaftsinduzierter Hypertonie, Präeklampsie, Eklampsie und Infektionskrankheiten (vgl. ROONEY (1992): 57f.).

<sup>296</sup> Erste sozialwissenschaftlich bzw. ethnologisch orientierte Untersuchungen zu Themen wie Schwangerschaft, Geburt und Sexualität, finden sie beispielsweise bereits bei Mary Wollstonecraft, 1792 (vgl. BAER et al. (2003): 284). Einen historischen Rückblick auf die Erforschung von Schwangerschaft und Geburt aus einer ethnologischen Perspektive liefern BAER et al. (2003): 284ff.

<sup>297</sup> Vgl. z.B. MacCORMACK (1982); BROWNER, SARGENT (1996); RICE (1996).

## 2.1 Subjektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen

Die Erforschung subjektiver Vorstellungen bezüglich Gesundheit und Krankheit<sup>298</sup> ist bis heute ein interdisziplinäres Arbeitsfeld, in dem Disziplinen wie die Psychologie, Kultur-anthropologie und Medizinsoziologie, subjektive Ansichten und Wahrnehmungen u.a. von Patientinnen und Patienten, im Alltag, untersuchen<sup>299</sup>.

Wesentliche Untersuchungsebenen sind dabei die Inhalte solcher Vorstellungen, ihre Dynamik und Funktionen sowie sie beeinflussende Faktoren. Weiterhin werden ihre Unterschiede und Gemeinsamkeiten in verschiedenen Bevölkerungsgruppen sowie im Kulturvergleich untersucht, wobei der Vergleich von Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen bei schulmedizinisch gebildetem Personal und bei nicht-vorgebildeten Personen, eine besondere Rolle spielt<sup>300</sup>.

Zusammengefasst können in der rezenten Forschung vier unterschiedliche Forschungsrichtungen unterschieden werden<sup>301</sup>:

Kognitionspsychologische Ansätze, Untersuchungen, die „subjektive Theorien als komplexere Modelle der Verursachung, Beeinflussung und Veränderung von Gesundheit“<sup>302</sup> (FLICK (2003): 2) definieren, Forschungsrichtungen, die – in Anlehnung an HERZLICH (1973) – vor allem Unterschiede in den Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen in verschiedenen sozialen Gruppen mittels der Analyse sozialer Repräsentationen untersuchen<sup>303</sup> sowie Ansätze, welche die kulturelle Bedingtheit derartiger Vorstellungen analysieren und Unterschiede und Gemeinsamkeiten im Kulturvergleich herausarbeiten<sup>304</sup>.

### 2.1.1 Definitionen

In der Literatur finden sich unterschiedliche Begriffe zur Beschreibung menschlicher Vorstellungen und Annahmen, die sie im breiten Feld Gesundheit entwickeln: Alltagswissen, naive Theorien, subjektive Theorien, Konzepte und Repräsentationen sind nur einige von ihnen<sup>305</sup>.

---

<sup>298</sup> Auf die Vielfalt der möglichen Definitionen von Gesundheit und Krankheit kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Eine ausführliche Darstellung der verschiedenen Definitionen, Klassifikationen, und Operationalisierungen der beiden Begriffe sowie der theoretischen Positionen, findet sich beispielsweise bei GEMBRIS-NÜBEL, R (2004): 7ff.

<sup>299</sup> Als Pionierwerke zu diesem Thema in der Medizinethnologie gelten die Arbeiten von RIVERS (1924) und EVANS-PRITCHARD (1937). In der Soziologie ist in erster Linie die Studie von HERZLICH (1973) zu nennen, die subjektive Gesundheitsvorstellungen auf der Grundlage der Theorie sozialer Repräsentationen untersucht.

<sup>300</sup> Vgl. FLICK (2003): 2.

<sup>301</sup> Vgl. hierzu FLICK (2003): 2.

<sup>302</sup> Vgl. hierzu FALTERMAIER et al. (1998).

<sup>303</sup> Vgl. hierzu FLICK (2002).

<sup>304</sup> Vgl. FLICK (2003); LETTKE et al. (1999).

<sup>305</sup> Vgl. hierzu und zum Folgenden FRANK (2001): 36ff.

Teilweise entsprechen die unterschiedlichen Begriffe auch unterschiedlichen Forschungsansätzen und theoretischen Verortungen. Oft findet dabei keine präzise Begriffsdefinition statt. In der vorliegenden Arbeit werden die Begriffe der subjektiven Vorstellung bzw. des subjektiven Konzeptes synonym verwendet<sup>306</sup>; mit ihnen ist kein bestimmter theoretischer Ansatz verknüpft und ihre Verwendung erfolgt in der Literatur weitgehend einheitlich<sup>307</sup>.

Mit GEMBRIES-NÜBEL werden subjektive Vorstellungen definiert als

„die Gesamtheit subjektiver Vorstellungen und Überzeugungen von Gesundheit und Krankheit, die Menschen im Lebensverlauf entwickeln; Gesundheitsvorstellungen haben handlungsleitende Funktion im alltäglichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit“ (GEMBRIES-NÜBEL (2004): 1).

### 2.1.2 Funktionen subjektiver Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit

Die Bedeutung subjektiver Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit, auch für die biomedizinische Forschung und Praxis, wird bei der Analyse ihrer Funktionen besonders deutlich. Zu übergeordneten Themenkomplexen gebündelte, subjektive Vorstellungen, die häufig als subjektive Theorien bezeichnet werden, dienen Individuen zur Ordnung, Gliederung und Definition der eigenen Lebenswelt. Allgemein haben derartige Vorstellungen also eine Orientierungsfunktion für das Verständnis in unterschiedlichen Situationen, für die Handlungsplanung und –steuerung, für die Einordnung von stattgefundenen und die Vorhersage zukünftiger Ereignisse sowie zur Selbstwertstabilisierung<sup>308</sup>. Sie beeinflussen die Einschätzungen von Individuen darüber, ob jemand gesund oder krank ist und haben –wie bereits erwähnt - auch eine handlungsleitende Komponente: Die Inanspruchnahme von Leistungen des kurativen Gesundheitssystems, die Suche nach Informationen und Hilfe im Laiensektor, die Inanspruchnahme von Präventivmaßnahmen und damit auch Aspekte eines gesundheitsfördernden Lebensstils oder auch die Compliance, können von derartigen subjektiven Vorstellungen beeinflusst werden. Die Art einer Erkrankung, sowie das Ausmaß ihrer Bedrohlichkeit für das Wohlbefinden, ihre Dauer und die persönliche Betroffenheit sind dabei entscheidende Einflussfaktoren<sup>309</sup>.

---

<sup>306</sup> Dies entspricht der Entwicklung der letzten Jahre, die Begriffe zu vereinheitlichen und insbesondere pejorative Definitionen, wie z.B. „naiv“ aus dem wissenschaftlichen Sprachgebrauch zu entfernen.

<sup>307</sup> Vgl. z.B. BELZ-MERCK (1995), BENDEL (1993), FALTERMAIER (1991).

<sup>308</sup> Insbesondere für Menschen mit Krankheitserfahrungen bzw. aktuell Erkrankte, haben subjektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen wichtige Funktionen bei ablaufenden intrapersonalen Prozessen der Krankheitsbewältigung und der Regulation der damit einhergehenden Emotionen sowie der Einfeldung in die und Bewältigung der Krankenrolle. Vgl. hierzu und zum Folgenden FRANK, 2001: 38ff.

<sup>309</sup> Vgl. FLICK (2003). 2; FRANK (2001): 39; SCHIAFFINO, CEA (1995): 531ff.

Auf subjektive Vorstellungen zu Gesundheit, Krankheit und Gesundheitsrisiken in der Schwangerschaft übertragen, bedeutet dies, dass sie wichtige intrapersonale und interpersonelle Funktionen, die in erster Linie der Interpretation, Regulation, Verarbeitung und Handlungsgenerierung- und steuerung dienen, haben und sich auch auf die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen auswirken (können).

### 2.1.3 Inhalte subjektiver Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen

Mit der weit rezipierten Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation<sup>310</sup>,

„health is a status of complex physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006d))

sind bereits wesentliche mögliche Inhalte auch subjektiver Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen erfasst. In der Forschung zu diesem Thema werden diese weiter differenziert. So identifiziert HERZLICH (1973) in ihrer wegweisenden Studie *Health and illness. A social psychological analysis* drei zentrale Gesundheitsdefinitionen, die in nachfolgenden Studien in ähnlicher Weise bestätigt werden konnten<sup>311</sup>. Gesundheit wird dabei erstens, als durch die Abwesenheit von Krankheit bestimmt, in einer zweiten Definition wird Gesundheit als biologische Eigenschaft eines Individuums definiert, als eine Art Kräfte-reservoir<sup>312</sup>, das es widerstandsfähig gegenüber widrigen äußeren Einflüssen, insbesondere Krankheiten, macht. Die dritte Definition sieht Gesundheit als Gleichgewicht an und stellt damit eine der am weitesten verbreiteten Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit als ein Kontinuum, deren Übergänge ineinander fließend sind, dar.

FALTERMAIER unterscheidet in ähnlicher Weise vier Typen von Gesundheitsvorstellungen, die stark die dynamische Komponente von Gesundheit betonen:

„Gesundheit verändert sich durch den Übergang zwischen diskreten Zuständen (Schalter-Modell). (...) Gesundheit ist ein begrenztes Potenzial, das sich im Lebenslauf allmählich reduziert (Batterie-Modell). (...) Gesundheit ist ein Potenzial, das sowohl reduziert als auch regeneriert werden kann (Akkumulator-Modell). (...) Gesundheit stellt ein Potenzial dar, das auch expandieren kann (Generator-Modell)“ (FALTERMAIER (2003): 9).

---

<sup>310</sup> Ausführlich hierzu vgl. GEMBRIES-NÜBEL (2004): 7ff.; für eine Kritik an der Gesundheitsdefinition der WHO vgl. BOK (2004).

<sup>311</sup> Vgl. HERZLICH (1973).

<sup>312</sup> Vgl. FLICK (2003): 2.

Nach LAU und HARTMANN (1983) sind subjektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen durch fünf Komponenten gekennzeichnet, die empirisch mittlerweile gut belegt sind<sup>313</sup>:

Identität einer Krankheit, Ätiologien von Krankheiten, Konsequenzen, d.h. Vorstellungen und Erwartungen bezüglich der kurz-, mittel- und langfristigen Folgen einer Erkrankung auf physischer, psychischer, sozialer, kultureller und ökonomischer Ebene, den zeitlichen Verlauf einer Krankheit sowie deren Therapie und Heilung.

Andere Autorinnen und Autoren, wie z.B. TURK, RUDY und SALOVEY (1986)<sup>314</sup> stellen diesem Fünf-Komponenten-Modell, ein Modell gegenüber, das krankheitsspezifische Unterschiede deutlich machen kann<sup>315</sup>. Entsprechend stehen hier andere Dimensionen subjektiver Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen im Vordergrund der Forschungsüberlegungen.

Hierzu zählen die Art und Bedrohlichkeit einer Krankheit, deren Kontrollierbarkeit und zeitlicher Verlauf sowie die persönliche Verantwortung des oder der Erkrankten für die Krankheit. Hinsichtlich der Inhalte von Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen ist weiterhin die Tatsache von Bedeutung, dass es empirische Anhaltspunkte dafür gibt, dass sie von Individuen nicht isoliert, sondern eingebunden in die individuellen Erfahrungen und Erlebnisse sowie die aktuelle Lebenssituation mit ihren sozialen, kulturellen und ökonomischen Besonderheiten, zu betrachten sind. Zudem sind subjektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen alters- und geschlechtsabhängig und werden von kulturellen und sozio-ökonomischen sowie innerpsychischen Variablen beeinflusst<sup>316</sup>. Sie sind damit als dynamische Konzeptionen zu verstehen, die sich im Laufe des Lebens oder ereignisbezogen verändern können<sup>317</sup>

#### 2.1.4 Konzeptualisierung subjektiver Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen

Zur Konzeptualisierung von subjektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen hat sich in der sozialwissenschaftlichen Literatur in erster Linie der Begriff der explanatory models, in seiner Definition nach KLEINMAN durchgesetzt, der im klinischen (v.a. psychiatrischen) Kontext entstanden ist. Ihm liegt wiederum die Überlegung zugrunde, dass Patientinnen und Patienten sowie ihr engeres soziales Umfeld – oft ihre Familien – ihre eigenen Konzepte und Kategorien hinsichtlich einer einzelnen Krankheit oder Gruppen von Krankheiten haben, die

---

<sup>313</sup> Vgl. LAU, HARTMANN (1983): 196ff; FRANK (2001): 40ff.

<sup>314</sup> Vgl. TURK et al. (1986): 453ff.

<sup>315</sup> Nach Ansicht von FRANK (2001) stellen diese beiden Modelle jedoch keinen Widerspruch dar, da die spezifischen Bedeutungen, wie sie TURK et al (1986) explizieren, ohne Probleme in das Modell von LAU und HARTMANN (1983) integriert werden können.

<sup>316</sup> Vgl. FLICK (2003): 2.

<sup>317</sup> Vgl. hierzu FALTERMAIER et al. (1998).

sich von denen des medizinischen Personals bzw. der globalen Medizin unterscheiden können<sup>318</sup>. Um sich ein Bild hierüber machen zu können, ist es notwendig, Krankheitswahrnehmung, Interpretationen von Krankheitserfahrungen sowie die Art und Weise wie Entscheidungen über Therapien getroffen werden, zu kennen und dabei die eventuell unterschiedlichen emischen<sup>319</sup> und etischen<sup>320</sup> Perspektiven zu berücksichtigen. Alle diese Wahrnehmungen, Interpretationen, Entscheidungen und Perspektiven sind in die kulturellen Glaubensvorstellungen und Normen einer Gesellschaft eingebettet und kommen bei allen, in den diagnostischen und therapeutischen Prozess eingebundenen Akteurinnen und Akteuren sowie in den Interaktionen zwischen Heilerinnen und Heilern und Patientinnen und Patienten, zur Anwendung<sup>321</sup>. Sie bieten Erklärungen, Bedeutungszuschreibungen und Sinnggebung für die Krankheit selbst, deren Ätiologie und Pathophysiologie sowie für das Kranksein, den Verlauf und die Behandlung der Erkrankung. Damit beeinflussen sie auch das Gesundheits- und Krankheitsverhalten der Patientinnen und Patienten<sup>322</sup> und variieren dabei von Person zu Person; sie sind also nicht in erster Linie als Repräsentationen einer ganzen Kultur zu verstehen. Vorteil dieses Konzepts ist die Tatsache, dass es weit über die naturwissenschaftliche Betrachtung von Krankheiten, wie sie in der Biomedizin vorherrschend ist, hinausgeht und kulturelle, soziale, politische und ökonomische Aspekte einbezieht. Es ist wichtig zu beachten, dass

„individuals are likely to have quite vague and indefinite models of explanation for their illness, depending on past experiences of the patient and her or his circle of kin and friends“ (PELTO, PELTO (1996): 276).

Mit PELTO und PELTO soll damit auch in dieser Arbeit nicht davon ausgegangen werden, dass ein einziges, kohärentes Erklärungsmodell für spezifische Risiken, Krankheiten oder andere Gesundheitszustände konstruiert werden kann. Das Konzept der explanatory models soll vielmehr als Mittel der Systematisierung und Annäherung an die Aussagen der interviewten Frauen dienen, um einen vertieften Einblick in ihre subjektiven Sichtweisen zu erlangen. Weiterhin ist zu beachten, dass das Konzept der explanatory models bislang explizit zur Aufdeckung und Analyse subjektiver Vorstellungen von Krankheiten genutzt wurde. In dieser Arbeit soll ein Brückenschlag versucht werden, in dem explanatory models, die Frauen in der Schwangerschaft bezüglich Gesundheitsrisiken haben, rekonstruiert und analysiert werden.

---

<sup>318</sup> Vgl. zum Folgenden GREIFELD (1995): 12f.; KLEINMAN (1980); OKELLO, NEEMA (2007); PELTO, PELTO (1996): 276ff.

<sup>319</sup> Im Sinne von „von ‚innen‘ her (nach den Kategorien der Handelnden)“ (HIRSCHBERG (1988): 116).

<sup>320</sup> Im Sinne von „von ‚außen‘ her (nach den Kategorien des wissenschaftlichen Beobachters)“ (HIRSCHBERG, (1988): 116).

<sup>321</sup> Vgl. GREIFELD (1995): 12f.

<sup>322</sup> Vgl. WILIAMS, HEALY (2001): 465f.



Explanatory models sind nicht das einzige Modell zur Untersuchung von Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen im soziokulturellen Kontext. Andere Konzepte fokussieren dabei weniger auf die kognitiven Aspekte sondern konzentrieren sich verstärkt auf strukturelle Faktoren, wie z.B. Macht, Status oder ökonomische Verhältnisse. Die kritische Medizinethnologie, das health belief model sowie Theorien der Handlungsveranlassung (reasoned action) sind einige von ihnen. Meist schaffen diese Modelle eine Verbindung zwischen Gesundheits- und Krankheitskonzepten und den daraus resultierenden Verhaltensweisen<sup>323</sup>.

## 2.2 Risikovorstellungen

Wie bereits erwähnt sind häufig sind die von der Biomedizin definierten Risiken nicht diejenigen, die auch von den betroffenen Patientinnen und Patienten als bedeutend eingestuft werden. Die Untersuchung von Risikovorstellungen ist deshalb für das übergeordnete Problem dieser Arbeit – die inakzeptabel hohen Müttersterblichkeitsraten in Kambodscha und anderswo – von Bedeutung, da sie protektives, gesundheitsförderliches und präventives Verhalten beeinflussen können und umgekehrt<sup>324</sup>.

Subjektive Risikovorstellungen z.B. bezogen auf eine Schwangerschaft, können als Bündel subjektiver Vorstellungen über (potentielle) Gefährdungen der Mutter und des ungeborenen Kindes, definiert werden. Ihnen zugrunde liegen die Dimensionen und Inhalte der im Unterpunkt 2.1 dieses Kapitels skizzierten, generellen subjektiven Vorstellungen und Konzepte über Gesundheit und Krankheit und erfüllen ähnliche Funktionen.

Auf einer theoretischen Ebene stellen die Risikovorstellungen die Grundlage für den ersten Schritt des Pathway of Survival<sup>325</sup> dar. Dieses auf vier aufeinanderfolgenden Ebenen fußende Modell hilft, die Faktoren zu analysieren und zu verstehen, welche die Entscheidungsprozesse bei der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen – sei es im Laien- oder im professionellen Sektor - im Bereich der Müttergesundheit, beeinflussen<sup>326</sup>. Dabei ist die erste Ebene als das Erkennen eines gesundheitlichen Problems definiert, die zweite als der Entscheidungsprozess (medizinische) Hilfe in Anspruch zu nehmen, die dritte Ebene beschreibt den Zugang zu dieser Hilfe und die letzte schließlich die Qualität dieser Hilfe. Für die vorliegende Arbeit ist in erster Linie die erste Ebene des Pathway of Survival von entscheidendem Interes-

---

<sup>323</sup> Vgl. hierzu Kapitel III.3 dieser Arbeit sowie WILLIAMS, HEALY (2001): 465.

<sup>324</sup> Vgl. hierzu BREWER et al. (2004).

<sup>325</sup> Vgl. hierzu ausführlich Kapitel 3.2.6 dieses Kapitels.

<sup>326</sup> Vgl. KOBLINSKY et al. (2000): 25ff.

se<sup>327</sup>, jedoch werden auch die drei anderen Ebenen reflektiert und auf die Ergebnisse bezogen. Dabei beinhaltet die

„(problem) (r)ecognition (...) more than awareness of the danger signs of major obstetric complications. It also requires an accurate perception of severity of the complications as well as knowledge of the appropriate life-saving actions necessary to address the complications” (KOBILINSKY et al. (2000): 26).

Grundlage für die Problemwahrnehmung sind dabei die bereits beschriebenen, komplexen, gesellschaftlich und individuell geprägten, zum Teil widersprüchlichen, subjektiven Vorstellungen von gesundheitlichen Risiken.

Im nun folgenden Kapitel wird diese spezifische Form subjektiver Vorstellungen, ihre Funktionen, Inhalte, Dimensionen und Einflussfaktoren aus einer theoretischen Sicht vorgestellt.

### 2.2.1 Der Begriff des Risikos

Weder in der Alltagssprache noch in der wissenschaftlichen Literatur existiert eine einheitliche Definition des Begriffs Risiko<sup>328</sup>.

Mit ROHRMANN und RENN (2000a) kann jedoch eine Arbeitsdefinition von Risiko aufgestellt werden, die es als eine Möglichkeit beschreibt, dass aus menschlichen Handlungen oder unterlassenen Handlungen sowie aufgrund von natürlichen Ereignissen, eine unerwünschte Realität resultiert. Die WHO definiert den Begriff des Risikos in ähnlicher Weise spezifisch für den Themenbereich Gesundheit als „a probability of an adverse health outcome, or a factor that raises this probability“ (WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002): 17).

In der sozialwissenschaftlichen Literatur wird Risiko häufig als Konstrukt beschrieben, da es nicht ohne die von ihm betroffenen Menschen und deren Lebenswelten existiert und deren Wahrnehmung des Risikos voraussetzt<sup>329</sup>. Dabei existieren zwei Extrempositionen: Zum einen Ansätze eines radikalen Konstruktivismus, die Realität als linguistisch konstruiert definieren und eine Welt außerhalb dieser Konstruktion verneinen. Zum anderen Positionen, die einen Dualismus zwischen Objektivismus, also einer objektiv und unabhängig von sozialen Kontexten existierenden, quantifizierbaren Welt, und Konstruktivismus, als einer subjektiven und sozialen Interpretation dieser objektiven Welt, postulieren<sup>330</sup>.

---

<sup>327</sup> Ausführlich zur Beschreibung der anderen Ebenen sowie zur Anwendung des Modells in der Praxis vgl. KOBILINSKY et al. (2000); NACHBAR et al. (1998).

<sup>328</sup> Vgl. ROHRMANN; RENN (2000a): 13. Zur Etymologie des Begriffs sowie seiner historischen Verwurzelung vgl. JACKSON et al. (2004).

<sup>329</sup> Vgl. ROHRMANN, RENN (2000): 13; ZINN (2004): 5f.

<sup>330</sup> Diese objektiven Risiken werden insbesondere in naturwissenschaftlichen und technischen Disziplinen, aber auch in den Versicherungswissenschaften bestimmt. Vgl. hierzu KREMER (2004): 9f.

In dieser Arbeit wird hier ein Mittelweg verfolgt: Im Mittelpunkt steht das Konzept des normativen Risikos. Im Allgemeinen wird hierunter

„the possibility that human actions, situations or events might lead to consequences that affect aspects of what human value“ (ROHRMANN, RENN (2000): 14).

verstanden, wobei die Auswirkungen meist als unerwünscht gelten. Ein Risiko ist dabei sowohl ein reales Phänomen, als auch ein Produkt sozialer Konstruktion, in dem sich soziokulturelle, ökonomische und politische sowie subjektive Anschauungen, Werte und Normen widerspiegeln<sup>331</sup>. In seinem weit rezipierten Buch *The perception of risks* schreibt SLOVIC hierzu:

„Risk does not exist ‚out there‘, independent of our minds and cultures, waiting to be measured. Instead human beings have invented the concept of risk to help them to understand and cope with the dangers and uncertainties of life. Although these dangers are real, there is no such thing as real risk or objective risk.“ (SLOVIC, 2000 xxxvi)

Somit können Risiken und Risikovorstellungen nicht außerhalb des spezifischen lokalen und zeitlichen Kontextes, in dem sie statt finden und unabhängig von den jeweiligen, ihnen tatsächlich oder subjektiv wahrgenommen ausgesetzten, Individuen untersucht werden, denn

„risk-perception research has demonstrated that non-scientists have their own models, assumptions and subjective assessment techniques (intuitive risk assessment), which are sometimes very different from the scientists‘ models“ (SLOVIC (2000): xxxvi).

Eine vereinfachende und polarisierende Sichtweise soll dabei in dieser Arbeit vermieden werden: Die Unterscheidung zwischen wissenschaftlichen Vorstellungen und Laienkonzepten, zwischen objektiver (quantitativer) und subjektiver (qualitativer) Evaluierung von Risiken sowie zwischen rational-analytischem und irrational-emotionalem Verhalten gegenüber Risiken, beschreibt jeweils Pole eines Kontinuums, das in dieser Arbeit nicht wertend in die Beschreibung eingeht, sondern vielmehr als Analyseinstrument genutzt wird, um Unsicherheiten, Ungewissheiten und Gefahren, die für die befragten Frauen im Hinblick auf ihre Schwangerschaft bestehen sowie die Handlungsoptionen, welche die Frauen sehen und anwenden, zu eruieren und zu analysieren.

---

<sup>331</sup> Vgl. hierzu auch BENNETT (1997): 6ff.

## 2.2.2 Risikovorstellungen als subjektive Vorstellungen

### 2.2.2.1 Theoretische Ansätze

Die Geschichte der Risikoforschung und der wissenschaftlichen Untersuchung von Risikowahrnehmung<sup>332</sup> und -vorstellungen ist eng miteinander verknüpft und blickt auf eine lediglich kurze Geschichte zurück<sup>333</sup>, in der jedoch eine Fülle an theoretischen Herangehensweisen und ein breites methodisches Inventar entwickelt wurde.

Wesentliche Entwicklungen in der Risikoforschung, seit etwa Mitte der 1990er Jahre, umfassen vor allem psychologische und soziologische Ansätze. Diese werden häufig hinsichtlich ihrer Risikodefinition unterschieden: In psychologischen Ansätzen

„risk objects are real, and the intellectual problem is to understand how they come to be represented in peoples' perceptions. In (...) [sociological approaches], risk is socially constructed, focusing attention on the different factors which lead to risk constructions in different social contexts" (TAYLOR-GOOBY (2004): 4).

Vielfach wurden diese Ansätze für ihren zu starken Fokus auf individuelle Wahrnehmungen und Interpretationen von Risiken kritisiert<sup>334</sup>. Demgegenüber stehen zwei, seit den 1990er Jahren die theoretische Diskussion um Risiken, insbesondere in der Psychologie und der Soziologie, aber auch in ethnologischen Arbeiten, dominierende Ansätze: Der Ansatz der Risikogesellschaft von Ulrich BECK<sup>335</sup> sowie die Arbeiten von DOUGLAS und WILDAVSKY<sup>336</sup>.

Weitere theoretische Grundlegungen, die vor allem in soziologischen Forschungen genutzt werden und auf die an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden soll, ist beispielsweise der Ansatz der Gouvernamentalität, der sich im wesentlichen auf FOUCAULT stützt<sup>337</sup> sowie systemtheoretische Perspektiven, die durch Arbeiten von LUHMANN und JAPP repräsentiert

---

<sup>332</sup> In der Literatur finden sich, im Zusammenhang mit der Untersuchung von Risikovorstellungen, häufig die Begriffe der Risikoperzeption bzw. -wahrnehmung, die nicht einheitlich verwendet werden und welche die Autorinnen und Autoren der Internetseite RiskNET wie folgt definieren:

„Wahrnehmung von Gefahren und Beurteilung der damit verbundenen Risiken, (die) geprägt (ist) durch das eigene (subjektive) Verständnis von ‚Risiko‘ (...). Vielfach (wird der Begriff) als Oberbegriff zu allen subjektiven Aussagen über Risiko gebraucht“ (RiskNET, 2007).

Da Risiken keine direkt perzipierbaren Reize darstellen, ist Risikowahrnehmung eher als Zuschreibungsprozess zu verstehen. Somit werden in dieser Arbeit die Begriffe der Risikovorstellungen und der Risikoperzeption untereinander subsumiert und synonym verwendet.

<sup>333</sup> Vgl. zum Folgenden WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002): 29ff.; SLOVIC (2000): 473; PIDGEON (1992): 89ff.

<sup>334</sup> Vgl. hierzu WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002): 36f.; JACKSON et al. (2004).

<sup>335</sup> Vgl. BECK (1986 und 1992).

<sup>336</sup> Vgl. DOUGLAS, WILDAVSKY (1982).

<sup>337</sup> Vgl. FOUCAULT (1991).

werden<sup>338</sup>. Eher psychologisch orientierte Konzepte umfassen beispielsweise psychometrische sowie kognitiv-lerntheoretische Ansätze<sup>339</sup>.

Die verschiedenen Fachrichtungen setzen bei der Erforschung von Risikoperzeptionen nicht nur theoretisch, sondern auch inhaltlich, unterschiedliche Schwerpunkte. Während sich psychologisch orientierte Ansätze - grundsätzlich gesprochen - überwiegend mit individuellen Wahrnehmungen beschäftigen, betont die Soziologie die Bedeutung gesellschaftlicher Einflussfaktoren und die Kulturwissenschaften die von kulturellen Normen und Werten<sup>340</sup>.

Für die vorliegende Arbeit sind - aufgrund ihrer medizinethnologischen Ausrichtung - besonders die sozio-kulturell ausgerichteten Ansätze von Bedeutung. Diese kritisieren insbesondere die Fokussierung der psychologischen Ansätze auf individuelle Wahrnehmungen und Interpretationen von Risiken. Demgegenüber betonten Autorinnen wie Mary Douglas<sup>341</sup>, dass Individuen nicht die frei handelnden Akteurinnen und Akteure sind, die psychologische Ansätze voraussetzen, sondern in ihre jeweils spezifischen sozio-kulturellen, historischen und ökonomischen Lebenswelten eingebunden sind, von denen sie beeinflusst werden und die sie wiederum gestalten. Risiken, ihre Wahrnehmung und Verarbeitung, sind demnach als gesellschaftliche Konstrukte zu untersuchen, die nur im Rahmen der vorgenannten Lebenswelten verstanden werden können und deshalb nicht nur auf einer individuellen Ebene untersucht werden sollten<sup>342</sup>.

“Our guiding assumptions are that any form of society produces its own selected view of the natural environment, a view which influences its choice of dangers worth attention. (...). Consequently, research into risk perception based on a cultural model would try to discover what different characteristics of social life elicit different responses to danger.” (DOUGLAS, WILDAVSKY (1982): 8)

Diese Sichtweise, die auf den theoretischen Grundlagen des Strukturfunktionalismus beruht, ist besonders an der Erforschung der Funktion von Risiken für die Aufrechterhaltung, Stabilisierung und Reproduktion der Gesellschaft als Ganzes, sowie sozialer Subeinheiten, interessiert. Individuelle ebenso wie kollektiv Risikovorstellungen und -konzepte sind dabei, zumindest in Teilen, eher Ausdruck gesellschaftlich-hierarchischer Beziehungen als real existierender Risiken<sup>343</sup>. Demgegenüber konzentrieren sich aktuelle kulturtheoretische Ansätze<sup>344</sup> in

---

<sup>338</sup> Vgl. LUHMANN (1991); JAPP (2000).

<sup>339</sup> Vgl. hierzu ausführlich TAYLOR-GOOPY; ZINN (2006): 398ff.

<sup>340</sup> Eine Übersicht zu diesen Ansätzen findet sich in ROHRMANN (1999).

<sup>341</sup> Vgl. DOUGLAS, WILDAVSKY (1982).

<sup>342</sup> Vgl. ebd.: 6f.; ebenso hierzu NELKIN (1989) und ODGEN (1995).

<sup>343</sup> DOUGLAS entwickelte später eine Typologie, mit deren Hilfe die Organisationsstrukturen und Weltansichten in unterschiedlichen Gesellschaften kategorisiert werden können (vgl. ausführlich hierzu DOUGLAS (1992); TAYLOR-GOOPY (2004): 11ff.).

<sup>344</sup> Vgl. z.B. TULLOCH, LUPTON (2003).

erster Linie auf die beschreibende Erfassung von individuellen Formen der Risikowahrnehmung und des Risikomanagements. Dieses Vorgehen ist der Prämisse geschuldet, es gäbe kein objektive fassbares Risiko, da Perspektive und gesellschaftliche Verortung darüber bestimmen, ob ein Risiko im Rahmen eines spezifischen sozialen Settings als ein solches aufgefasst wird.

Insgesamt basieren sozio-kulturelle Ansätze zur Erforschung von Risiken und Risikovorstellungen also auf der Idee, dass ein Individuum stark von dem sozialen, ökonomischen, politischen und kulturellen Kontext, in dem es lebt, beeinflusst wird und dabei sein eigenes Wissen über Risiken generiert, das sich aus verschiedenen, manchmal widersprüchlichen Wissenssystemen speist, die jeweils in verschiedenen Lebenssituationen und –abschnitten zur Verfügung stehen<sup>345</sup>.

„People build up this ‚private‘ knowledge on the base of their experiences during their life course and in interaction with their contexts, as others, the media, science, and expert knowledge” (ZINN (2004): 11).

So haben etwa ethnologische Studien in Guinea-Bissau sowie in Korea gezeigt, dass subjektive Risikovorstellungen hinsichtlich einer Geburt von lokalen und regionalen, kulturellen Glaubensvorstellungen, die wiederum von globalen medizinischen Risikodefinitionen modifiziert wurden, geprägt sind<sup>346</sup>. Dabei spielen insbesondere ätiologische Vorstellungen von Risiken eine wichtige Rolle bei der Entscheidung über Schweregrad einer Komplikation sowie über Zeitpunkt und Ort der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe.

Weiterhin untersuchen diese Ansätze den Einfluss von Faktoren wie sozialer Klasse, Geschlecht oder Ethnizität auf die Vorstellungen und Wahrnehmungen von Risiken, im Sinne einer vorhandenen oder nicht vorhandenen Quelle an Ressource und Macht<sup>347</sup>.

Im Unterschied zu diesen relativistischen Denkrichtungen, gehen SLOVIC und Andere von dem Vorhandensein objektiver und subjektiver Risiken aus und fokussieren in ihren Arbeiten vor allem auf Erklärungsmöglichkeiten von „Fehlinterpretationen“ objektiver Risiken seitens der breiten Öffentlichkeit<sup>348</sup>. In diesen Ansätzen spielt Geschlecht als Erklärungsvariable eine ebenso wichtige Rolle wie soziale Unterschiede, weltanschauliche Aspekte und schließlich das Konzept Vertrauen (trust), das in der aktuellen Forschung einen breiten Raum einnimmt<sup>349</sup>. Es ist dabei als ein multidimensionales Konstrukt zu verstehen, das bislang noch

---

<sup>345</sup> Vgl. ZINN (2004): 11.

<sup>346</sup> Vgl. OOSTERBAAN, BARRETO DA COSTA (1995); SICH (1980).

<sup>347</sup> Vgl. z. B. JOHNSON (2002); GUSTAFSON (1999).

<sup>348</sup> Vgl. SLOVIC (2000); TAYLOR-GOUBY (2004): 11f.

<sup>349</sup> Vgl. hierzu z.B. JACKSON et al. (2004); SIEGRIST, CVETKOVICH (2000).

nicht einheitlich definiert wurde und als „middle state between knowledge and ignorance“ (Simmel zitiert in: ZINN (2004): 18) verstanden werden kann.

Unterschiede in der Risikowahrnehmung von Männern und Frauen wurden in nahezu jeder Studie zum Thema Risiko gefunden, wobei Männer meist weniger besorgt bezüglich spezifischer Bedrohungen und Risiken sind als Frauen. Dabei ist dieses Phänomen nicht einfach ein biologisches Faktum. Meist handelt es sich bei der besagten Gruppe von Männern um Weiße. Hingegen unterscheiden sich nicht-weiße Männer in ihren Risikovorstellungen signifikant seltener von Frauen<sup>350</sup>.

„Perhaps the best explanation may be that the roles of gender and race in perceived risks are strongly related to a range of social and political factors“ (SLOVIC (2000): xxxiv).

Weiterhin wird neben der Variable Geschlecht das Konzept der worldviews (im Deutschen etwa: Weltanschauung) zunehmend als Risikovorstellungen modulierender Faktor anerkannt<sup>351</sup>. Worldviews dienen als grundlegende Einstellungen gegenüber der Welt und ihrer sozialen Organisation. Sie sind Orientierungspunkte für Individuen, die es ihnen ermöglichen, Risiken einzuschätzen und entsprechend auf sie zu reagieren<sup>352</sup>. Sie können definiert werden als

„general social, cultural and political attitudes that appear to have an influence over people’s judgments about complex issues. Worldviews include feelings such as fatalism towards control over risks to health, belief in hierarchy and leaving decision to the experts, and a conviction that individualism is an important characteristic of a fair society, or that technological developments are important for improving our health and social well-being“ (WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002): 35).

Weiterhin prägen Untersuchungen bezüglich des Verhältnisses von objektivem („Expertinnen und Experten“-) und subjektivem („Laien“-) Wissen, die vor allem im Rahmen kognitiver Ansätze untersucht werden, die aktuellere Risikoforschung<sup>353</sup>. So fanden SILVERMAN et al. (2001) in einer Studie über Risikokonzepte und –vorstellungen im Hinblick auf das Mammakarzinom und die Mammographie heraus, dass sich die Vorstellungen der interviewten Frauen, hinsichtlich der Bösartigkeit der Erkrankung und ihrer Präventabilität, von denen schulmedizinischen Personals stark unterschieden. Häufig überschätzten dabei die Interviewten die

---

<sup>350</sup> Vgl. SLOVIC (2000): xxxiv.

<sup>351</sup> Vgl. SLOVIC (2000), SLOVIC et al. (1997): 289ff.; BARKE et al. (1997): 167ff.; FLYNN et al. (1994): 1101ff.

<sup>352</sup> Vgl. PETERS, SLOVIC (1996): 1427ff.

<sup>353</sup> Vgl. z. B. SLOVIC (2000); JACKSON et al. (2004); KRIMSKY, GOLDING (1992); ROYAL SOCIETY (1992).

Möglichkeiten, den Ausbruch der Krankheit durch die Veränderung von, im Verhalten einer Frau begründeten Faktoren, zu verzögern oder zu verhindern.

Mit SLOVIC sollen in dieser Arbeit wissenschaftliche und subjektive Risikowahrnehmungen als gleichwertig anerkannt und insbesondere eine Dichotomisierung zwischen (objektivem) Wissen von Expertinnen und Experten einerseits, sowie (subjektivem) Laienwissen andererseits, vermieden werden:

„Perhaps the most important message (...) is that there is wisdom as well as error in public attitudes and perceptions. Lay people sometimes lack certain information about hazards. However, their basic conceptualization of risk is much richer than that of experts and reflects legitimate concerns that are typically omitted from expert risk assessments. As a result, risk communication and risk management efforts are destined to fail unless they are structured as a two-way process. Each side, expert and public, has something valid to contribute. Each side must respect the insights and intelligence of the other” (SLOVIC (1987): 285).

#### 2.2.2.2 Inhalte und Ergebnisse der Forschung zu subjektiven Risikovorstellungen

Subjektive Risikovorstellungen werden zumeist in Studien untersucht, die sich mit dem menschlichen Alltag beschäftigen. Die sie kennzeichnenden Merkmale, (qualitativen) Einflussfaktoren sowie ihre Funktionen und Auswirkungen stehen dabei im Mittelpunkt der Untersuchungen. Dieser Fokus trägt der Erkenntnis Rechnung, dass menschliche Risikowahrnehmungen sowie Reaktionen auf Risiken durch verschiedene, miteinander interagierende Faktoren, beeinflusst werden<sup>354</sup>. Zu diesen zählen Charakteristika eines spezifischen Risikos, dessen Präsentation sowie Faktoren, die spezifisch für ein bestimmtes Individuum sind.

Auffällig ist insgesamt, dass nur einige wenige Forschungen in Entwicklungsländern stattgefunden haben, davon keine in Kambodscha<sup>355</sup>. Die Erforschung von Risikowahrnehmungen konzentrierte sich, bis vor Kurzem, auf die Bevölkerung von Industrieländern<sup>356</sup>. Die überwiegende Mehrheit der Bevölkerung in Entwicklungsländern hat jedoch mit spezifischen Alltagsrisiken wie Armut, Nahrungsengpässen, häufig auch politischer Instabilität, Gewalt, Naturkatastrophen etc. zu kämpfen. Dies ist bei der Analyse von Risikovorstellungen in Entwicklungsländern, wie z.B. Kambodscha zu berücksichtigen und der Ansatz eventuell entsprechend zu modifizieren und zu erweitern.

---

<sup>354</sup> Vgl. zum Folgenden KREMER (2004): 16ff.

<sup>355</sup> Mittlerweile sind einige Studien zu Risikowahrnehmungen in Bezug auf Umweltkatastrophen auch in Entwicklungsländern erschienen (vgl. z.B. BLAIKIE (2003)). Untersuchungen zur subjektiven Risikoperzeption bezüglich gesundheitlicher Risiken in diesen Ländern fehlen jedoch weitestgehend. Eine Ausnahme bilden hier lediglich Studien zum Thema HIV/AIDS (vgl. z.B. KOHLER et al. (2007); KINGORI et al. (2007)).

<sup>356</sup> Vgl. zum Folgenden WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002): 37f.



Wie bereits dargestellt, kommen bei der Untersuchung von Risikovorstellungen Ansätze aus unterschiedlichen Disziplinen zum Einsatz.

Die Erforschung subjektiver Risikovorstellungen und -wahrnehmungen geht zurück auf die Arbeiten von STARR (1969), der die Gefahren und Risiken, die von verschiedenen Technologien ausgehen, gegen ihre (sozialen) Vorteile abzuwägen suchte. Wegweisend war weiterhin ein Forschungsprogramm, das Ende der 1970er Jahre um die Oregon Group unter Leitung von Paul Slovic unter dem Titel *risk perception in der Psychologie* aufgelegt wurde und einen psychometrischen Ansatz verfolgte<sup>357</sup>. Demnach können Risiken als psychologische Konstrukte verstanden werden, die anhand bestimmter Charakteristika, nämlich mentaler Strategien und Regeln, welche Menschen einsetzen, um Risiken zu verstehen, beurteilt und analysiert werden können. Hierbei wurde deutlich, dass je seltener ein Risiko auftritt, je anschaulicher es z.B. in den Medien dargestellt wird, je mehr Unsicherheiten mit ihm verbunden sind, je weniger darüber bekannt ist, je indirekter seine Auswirkungen sind und je weniger es direkt beobachtet werden kann, desto gefährlicher wird ein Risiko im Allgemeinen von der breiten Öffentlichkeit eingestuft. In einer weit rezipierten Studie von SLOVIC et al. (1980)<sup>358</sup> wurden in diesem Zusammenhang Schwangerschaft und Geburt bezüglich ihres gesundheitlichen Risikos zum einen als bekannt eingestuft. Dies bedeutet, dass Gefahren, die von Schwangerschaft und Geburt für die Gesundheit von Müttern und Kindern ausgehen, als beobachtbar, sowohl in der Wissenschaft als auch bei Laien bekannt und damit nicht neu, sowie in ihren Auswirkungen unmittelbar, eingeschätzt werden. Weiterhin wird es als kontrollierbar, ohne globale und zeitlich weit in der Zukunft liegende Auswirkungen, ohne tödliche Konsequenzen, als individuelles Risiko, als leicht zu beherrschen und freiwillig wahrgenommen<sup>359</sup>. Zu einer anderen Einschätzung kommt BENNETT (1997), der diejenigen Risiken, die

„some particular danger to small children or pregnant women or more generally to future generations“ (BENNETT (1997): 5)

darstellen, als *fright factors* und damit als beunruhigende und allgemein wenig akzeptable Risiken einstuft. Diese Erkenntnisse sind insbesondere für das Verständnis subjektiver Risikovorstellungen sowie die Konzeption von gesundheitsrelevanten Interventionen, zu denen auch die Schwangerenvorsorge zählt, von Bedeutung. Sie müssen auf das von Individuen und/oder Gesellschaften wahrgenommene Gefahren- und Bedrohungspotential eines Risikos

---

<sup>357</sup> Vgl. hierzu auch SLOVIC (2000): 473; WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002): 32f.

<sup>358</sup> Vgl. SLOVIC (1980): 181ff.

<sup>359</sup> Vgl. ebd.; WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002): 33.

abgestimmt sein. Hierzu ist es notwendig die subjektiven Risikoperzeptionen und deren Einflüsse genauer zu kennen.

Dabei konnte SLOVIC (2000) verschiedene gut belegte Muster identifizieren, die Risikovorstellungen bestimmen: Wie oben bereits erwähnt, variieren Risikovorstellungen entlang der Achsen „Bedrohung“ und „Wissen“ bzw. „Bekanntheitsgrad“ und unterliegen einer Vielzahl an Einflussfaktoren: Beobachtbarkeit, Bekanntheitsgrad in der Wissenschaft sowie bei den von diesem Risiko Betroffenen, zeitliche Auswirkungen des Risikos sowie Neuheit bestimmen die Risikovorstellungen. Eine Fülle an Informationen bezüglich der Risiken, ihrer schädlichen Auswirkungen und eventuell auch Vorteile, frühere Erfahrungen, Informationen aus Wissenschaft, Medien, persönlichen Netzwerken und peer groups – all diese beeinflussen ebenfalls, wie Individuen Risiken wahrnehmen und damit umgehen. Sie sind eingebettet in den sozialen, kulturellen, politischen und ökonomischen Kontext in dem sich ein Individuum bewegt und in dem diese Risiken auftreten (können); sie werden auch von Aspekten von Macht und Vertrauen beeinflusst<sup>360</sup>. Vorstellbarkeit (imaginability) und Erinnerlichkeit (memorability) einer Bedrohung sind weitere zentrale Einflussfaktoren bei der Risikowahrnehmung und –konzeption; die Risikovorstellungen von Laien und Expertinnen und Experten hinsichtlich des Risikoausmaßes unterscheiden sich dabei – wie bereits erwähnt - zum Teil erheblich; diese unterschiedliche Sichtweisen verschwinden nicht notwendigerweise im Angesicht von wissenschaftlichen Beweisen; höhere Risiken werden – wie erwähnt - von der Öffentlichkeit eher toleriert, wenn diese kontrollierbar, unmittelbar, freiwillig und genau bekannt sind bzw. so erscheinen.

In Bezug auf die Handlungsoptionen und die tatsächlichen Handlungen eines Individuums hinsichtlich Risiken, wird insgesamt davon ausgegangen, dass sie von den subjektiven Risikovorstellungen dieses Individuums signifikant beeinflusst werden. Dies ist selbstverständlich auch für den Bereich Gesundheit der Fall. Im nachfolgenden Kapitel werden deshalb nun die theoretischen Grundlagen von gesundheitsförderlichen und präventiven Verhaltensweisen dargestellt.

### **3. Gesundheitsförderliches und präventives Verhalten**

#### **3.1 Begriffliche Definitionen**

Gesundheitsverhalten, definiert als das Verhalten eines Individuums oder von Gruppen im Hinblick auf eine gesundheitlich relevante Frage, und Krankheitsverhalten, definiert als Verhaltensweisen im Falle des Auftretens einer Erkrankung, werden untersucht, um zu verstehen,

---

<sup>360</sup> Vgl. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002): 34.

was Menschen zu ihrer Gesunderhaltung bzw. zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit im Falle von Krankheiten unternehmen. Diese Perspektive berücksichtigt individuelle Entscheidungen, die von Menschen getroffen werden, die aus verschiedenen Optionen wählen, um Gesundheit wieder herzustellen bzw. zu erhalten sowie die Gründe und Motivationen für dieses Verhalten. Sie fokussiert auf die Alltagsaktivitäten, die von Individuen unternommen werden, die mit Krankheit konfrontiert sind und versucht Einblicke in die Beziehung zwischen kulturellem Wissen und spezifischem Gesundheits- bzw. Krankheitsverhalten zu gewinnen. Gesundheitsförderliches und präventives Verhalten ist in diesem Zusammenhang als Teil des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens eines Individuums oder einer Gruppe zu verstehen. In Anlehnung an FRANK (2001) wird in dieser Arbeit der Begriff des gesundheitsförderlichen Verhaltens verwendet, um die komplexen und umfassenden Verhaltensweisen zu beschreiben, die – orientiert an subjektiven Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit – Individuen dazu dient, Gesundheitsrisiken zu vermeiden und physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden herzustellen, aufrecht zu erhalten und zu fördern. Das Konzept der Prävention hat demgegenüber in den letzten Jahren eine starke Veränderung durchgemacht<sup>361</sup>. KASL und COBB (1966) identifizierten drei Formen des Gesundheitsverhaltens: präventives Gesundheitsverhalten (preventive health behavior), Krankheitsverhalten (illness behavior) und die Krankenrolle (sick-role behavior). Im Rahmen dieser Arbeit ist in erster Linie das präventive Gesundheitsverhalten von Bedeutung. Es wird von KASL und COBB definiert als

„any activity undertaken by an individual who believes himself to be healthy for the purpose of preventing or detecting illness in an asymptomatic state“ (KASL, COBB (1966): 246).

Für diese Arbeit besonders relevant ist in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass neben dem Umgang und der Bewältigung von gesundheitlichen Risiken auch funktionierende soziale Beziehungen, ökonomische Absicherung, kulturelle Vorgaben u.a. auf gesundheitsfördernde oder gesundheitsbelastende Handlungsweisen einwirken, diese formen und verändern. Dabei ist eine eher salutogenetische Ausrichtung im Handeln der meisten Menschen zu beobachten: Im Zentrum stehen weniger die Vermeidung von Risiken und gesundheitlichen Gefahren, als vielmehr die Herstellung und Aufrechterhaltung physischen, psychischen und sozialen Wohlergehens<sup>362</sup>.

Nur wenige Studien untersuchen spezifisch die Vorstellungen und subjektiven Konzepte von Frauen bezüglich Schwangerschaftsrisiken.

---

<sup>361</sup> Vgl. auch Kapitel 1.2.1 dieses Abschnittes.

<sup>362</sup> Vgl. FRANK (2001): 37.

In ihrer Studie konstruieren MACKEY und BOYLE ein explanatory model von jungen Frauen mit vorzeitigem Wehen bezüglich ihres statt gefundenen Schwangerschaftsproblems und verorten es als „social construction“ (MACKEY, BOYLE (2000): 256), das im Kontext der aktuellen Lebensumstände der befragten Frauen analysiert werden muss. Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt LÖHKEN (2004), die wahrnehmungs- und handlungsbezogene Aspekte von Schwangerschaftsproblemen in Burkina Faso untersucht. Sie betont dabei insbesondere die kulturelle Verankerung der lokalen Konzepte schwangerschaftsassoziierter Probleme.

### **3.2 Forschungsansätze zu gesundheitsförderlichem und präventivem Verhalten**

Trotz weitreichender und schneller Fortschritte im medizinischen Wissen,

„commentators agree that the greatest improvement in health will come from behavioral change“ (CURRIE, WIESENBERG (2003): 883).

Grundsätzlich stellen Gesundheits- und Krankheitsverhalten, einschließlich präventivem Verhalten, und die Inanspruchnahme von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, in jeder Gesellschaft hoch komplexe Phänomene dar. In der Literatur wird dies grundsätzlich anerkannt<sup>363</sup>. Verschiedene Modelle zur Erklärung von gesundheitsbezogenem Verhalten und hier im Speziellen von präventivem und gesundheitsförderlichem Verhalten spiegeln unterschiedliche theoretische und inhaltliche Foki wieder und sollen an dieser Stelle zusammenfassend dargestellt werden.

Gesundheitsförderliches und präventives Verhalten resultieren grundsätzlich aus der Vorstellung, dass derartiges Verhalten der eigenen Gesundheit dienlich ist. Das bedeutet natürlich nicht, dass alle diese Vorstellungen (wissenschaftlich) fundiert sind oder dass die daraus resultierenden Verhaltensweisen den gewünschten Erfolg bringen. Solche Verhaltensweisen können prinzipiell die Möglichkeit, eine bestimmte gesundheitliche Einschränkung z.B. durch eine Krankheit zu erleiden, reduzieren, sie jedoch nicht eliminieren. Dabei bestimmt die Stärke des Zusammenhangs zwischen Ursache einer Erkrankung und den Auswirkungen von präventiven Verhaltensweisen zur Vermeidung dieser Krankheit, den Einfluss, den ein solches Verhalten auf die Risikoreduktion hat.

Gesundheitsförderliche und präventive Verhaltensweisen werden von einem komplexen System von Faktoren bestimmt, die nur zum Teil freiwilligen Charakter haben. Politische und ökonomische Aspekte im Leben eines Individuums beeinflussen sie ebenso wie Umweltaspekte. Weiterhin sind soziokulturelle Bedeutungen von Krankheit, die individuell variieren

---

<sup>363</sup> Vgl. SUNIL et al. (2006): 1945.

können, wichtige Determinanten von Entscheidungen bezüglich gesundheitsförderlichem und präventivem Verhalten allgemein, sowie im Besonderen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Wahl der Behandlung, Fähigkeiten zum coping sowie Nutzung sozialer Unterstützung<sup>364</sup>.

Zur Klärung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen einschließlich des präventiven Verhaltens, existieren verschiedene theoretische, multifaktorielle Erklärungsmodelle, die in unterschiedlichen Disziplinen, insbesondere der Sozialpsychologie, Medizinsoziologie und der Medizinethnologie, entwickelt wurden. Die überwiegende Mehrheit dieser Forschungsansätze stellt kognitive Aspekte in den Mittelpunkt. Weitere Ansätze berücksichtigen zudem soziologische und affektive Komponenten. Dabei werden die persönlichen Voraussetzungen eines Individuums (Gesundheitszustand, Symptome, Wissen, Glaubensvorstellungen, Erfahrungen, Bedrohungsgefühle, Bedürfnisse, Coping-Faktoren etc.), soziale Faktoren (soziodemographische und familiäre Faktoren, soziale Unterstützung) sowie Faktoren, die sich auf das Versorgungssystem beziehen, als besonders relevant für das präventive Verhalten von Individuen und sozialen Gruppen angesehen<sup>365</sup>.

Zu den wichtigsten Ansätze zählen das Health Belief Model (Modell gesundheitlicher Überzeugungen), die Theory of Reasoned Action (Theorie der Handlungsveranlassung) und die Theory of Planned Behaviour (Theorie des geplanten Verhaltens), das Health Care Utilisation Model, das Modell der vier As, sowie ethnographische Entscheidungsmodelle wie der für diese Arbeit besonders relevante Pathway of survival.

### 3.2.1 Das Health-Belief-Modell

Das Health-Belief-Modell (Modell gesundheitlicher Überzeugungen) nach ROSENSTOCK (1974) wurde ursprünglich als systematisches Modell zur Erklärung und Vorhersage präventiven Gesundheits- sowie von Krankheitsverhaltensweisen entwickelt und später auf die Untersuchung grundsätzlicher Motivationsfaktoren von Individuen in Bezug auf Gesundheit erweitert<sup>366</sup>. Entsprechend des Modells kann die Motivation für präventives Verhalten von, stets rational, handelnden Individuen im Sinne einer Krankheitsprävention bzw. gesundheitsförderlichen Verhaltens in drei Kategorien eingeteilt werden: Individuelle Wahrnehmung, modifizierende Verhaltensweisen und Wahrscheinlichkeit der Handlung. Die erste Kategorie wird

---

<sup>364</sup> Vgl. zum Folgenden AIDOO, HARPHAM (2001): 206ff.

<sup>365</sup> Weitere theoretische Modelle zur Analyse gesundheitsbezogenen Verhaltens, auf die an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden soll, da sie in erster Linie in der Gesundheitspsychologie zur Anwendung kommen, sind die Self-Efficacy Theory (Selbstwirksamkeitstheorie) nach BANDURA (1977) sowie die Volitionstheorie (HECKHAUSEN (1989), ALLMER (1997)).

<sup>366</sup> Zum Folgenden vgl. ROSENSTOCK (1974); GEMBRIES-NÜBEL (2004).

dabei bestimmt von individuellen Wahrnehmungen, welche die Krankheitswahrnehmung beeinflussen; der Bedeutung, die Gesundheit für ein Individuum hat; von der von einem Individuum wahrgenommenen Bedrohung, die von einer Krankheit ausgeht sowie von dem empfundenen Schweregrad einer Erkrankung. Weitere handlungsmotivierende Faktoren (cues to action) sowie verschiedene moderierende Faktoren wie z.B. sozio-ökonomische, demographische u.a. Aspekte, stellen zudem motivationsfördernde bzw. –mindernde Variablen für die tatsächliche Aufnahme von präventivem Verhalten dar. Die Gesundheitswahrnehmung ist dabei selbst von mindestens drei Faktoren beeinflusst: Grundlegende Gesundheitswerte, spezifische Gesundheitsvorstellungen bezüglich Vulnerabilität, Bedrohung und Vorstellung über mögliche Konsequenzen eines Gesundheitsproblems sowie dessen Schweregrad.

Eine Weiterentwicklung dieses Modells durch ROSENSTOCK et al. (1988) reduzierte es auf drei Faktoren, die als Voraussetzungen für Gesundheitsverhalten angesehen werden: Gesundheit muss einen gewissen Stellenwert im Leben eines Individuums haben und die Kosten-Nutzen-Relation von gesundheitsförderlichem Verhalten und präventiven Maßnahmen muss ausgeglichen sein. Das Individuum muss zudem von seiner eigenen Anfälligkeit gegenüber einer Krankheit überzeugt sein.

Die Kritik am Health-Belief-Modell erstreckt sich, ähnlich wie die an den explanatory models, insbesondere auf den expliziten Fokus des Modells auf Gesundheitsvorstellungen, wobei andere Faktoren, wie z.B. kulturelle oder sozio-ökonomische Faktoren oder auch psychologische Aspekte wie die Selbstwirksamkeitserwartung, häufig vernachlässigt werden.

So bemerken beispielsweise ATKINSON und FARIAS (1995) in ihrer Studie über Risikovorstellungen von brasilianischen Frauen in der Schwangerschaft, dass lokale Vorstellungen von Schwangerschaftsrisiken zum einen von explanatory models der individuellen Frauen beeinflusst sind, zum anderen jedoch auch vom sozio-ökonomischen Kontext, in dem die Frauen leben sowie der Struktur und den Praktiken des lokalen Gesundheitssystem. Nach Ansicht der Autorinnen müssen für ein adäquates Verständnis der Risikokonzepte der Frauen alle drei einflussreichen Komponenten berücksichtigt werden<sup>367</sup>.

### 3.2.2 Die Theory of Reasoned Action / Theory of Planned Behavior

Ein weiterer theoretischer Ansatz zur Beschreibung und Analyse gesundheitsbezogenen Verhaltens ist die Theory of Reasoned Action (Theorie der Handlungsveranlassung), wie sie insbesondere von AJZEN und FISHBEIN (1980) entwickelt und in der HIV/AIDS-Forschung angewandt wurde, sowie ihre Erweiterung als Theory of Planned Behavior. Demnach ist ge-

---

<sup>367</sup> Vgl. ATKINSON, FARIAS (1995): 1583ff.

sundheitsbezogenes Verhalten in erster Linie intentionsgesteuert, wobei der Differenzierungsgrad der Intention direkt proportional zur Wahrscheinlichkeit der Umsetzung ist.

Die Theorie fokussiert dabei hauptsächlich auf Faktoren, die zu einer spezifischen, intendierten Handlung führen. Diese Faktoren umfassen die Einstellungen gegenüber einem spezifischen Verhalten, die von der Überzeugung geleitet werden, dass dieses konkrete Konsequenzen haben wird und die Evaluation dieser Konsequenzen<sup>368</sup>. Weiterhin zählen hierzu individuelle und soziale Normen sowie die individuelle Motivation diese Normen zu erfüllen, die wahrgenommene Kontrolle über das eigene Verhalten, die beeinflusst ist von der Überzeugung hinsichtlich des Zugangs zu Ressourcen, die nötig sind, um erfolgreich handeln zu können sowie der Wirksamkeit dieser Ressourcen. Schließlich sozio-demographische Faktoren und Aspekte der individuellen Persönlichkeit.

Die Stärke dieses Modells liegt dabei sicherlich in der Berücksichtigung motivationaler Aspekte individueller Kontrollüberzeugungen sowie des Einflusses sozialer Netzwerke auf die Entscheidung zum gesundheitsbezogenen Handeln. Gleichzeitig ist dies jedoch auch eine potentielle Schwäche des Modells: Die mögliche Überbetonung dieser psychologischen Faktoren bei gleichzeitiger Unterschätzung struktureller Aspekte<sup>369</sup>.

### 3.2.3 Das Health Care Utilisation Model

Diesen beiden, eher Individuum-fokussierten Modellen<sup>370</sup>, stehen Untersuchungen gegenüber, die sich auf eines der am weitesten verbreiteten Modelle in diesem Bereich stützen, nämlich dem Health Care Utilisation Model nach ANDERSEN et al.<sup>371</sup>, das insbesondere zur Analyse der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen des biomedizinischen Gesundheitssystems entwickelt und genutzt wurde. Später wurde das Modell weiterentwickelt und auch andere Sektoren, wie indigene Medizin und Laiensektor, in die Analysen einbezogen<sup>372</sup>.

ANDERSEN postuliert zunächst, dass das individuelle Verhalten im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung eine Funktion demographischer, sozialer und ökonomischer Charakteristika der Familie eines Individuums sei. Später wurde dieser Ansatz von ANDERSEN und NEUMAN erweitert. Sie identifizieren drei Hauptdeterminanten - soziale, systemische und individuelle - die das Verhalten von Individuen bei der Inanspruchnahme

---

<sup>368</sup> Dabei sind Einstellungen in erster Linie als emotionsbasiert zu verstehen und von kognitiven Prozessen explizit abzugrenzen (vgl. SCHWARZER (1996): 102).

<sup>369</sup> Eine ausführliche Kritik der Theory of Reasoned Action findet sich z.B. bei DE VRIES, KOK (1986).

<sup>370</sup> Weitere Ausführungen hierzu finden sich z.B. bei CELIK, HOTCHKISS (2000).

<sup>371</sup> Vgl. hierzu ANDERSEN (1968); ANDERSEN, NEWMAN (1975).

<sup>372</sup> Vgl. WELLER et al. (1997).

von Gesundheitsdienstleitungen bestimmen<sup>373</sup>. Soziale Determinanten umfassen dabei z.B. Wissensbestände, Einstellungen und Glaubensvorstellungen bezüglich Gesundheit und Krankheit, die in einer Gesellschaft vorherrschen. Systemische Determinanten schließen die Organisation des Gesundheitssystems, sowie die Ressourcen bestehender Einrichtungen des Gesundheitswesens (wie z.B. Leistungsfähigkeit und Verbreitung) ein. Individuelle Faktoren schließlich, umfassen demographische Faktoren, Sozialstrukturen, Aspekte der familiären Organisation u.a.<sup>374</sup>. Daneben wird zwischen predisposing<sup>375</sup>, enabling<sup>376</sup> und need<sup>377</sup> Faktoren unterschieden. In einer Studie über die Bedeutung des Health Belief Model für die Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge in Missouri/USA zeigen ZWEIG et al. (1988) wie

„the perceived likelihood of a threat to health (susceptibility), the perceived significance of its damage (severity), the perceived efficacy in preventing or reducing the impact of the threat (benefits), and finally the perceived costs or inhibitors involved, whether social, psychological, physical or economic (barriers)“ (ZWEIG et al. (1988): 33),

die Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge beeinflussen. Das Aufsuchen staatlichen Gesundheitseinrichtungen ist dabei positiv mit der Überzeugung von Individuen assoziiert, dass diese Dienstleistung nützlich und der eigenen Gesundheit zuträglich sei. Weiterhin spielen in dieser Studie positive Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem in der Vergangenheit, Wahrnehmung einer gewissen Anfälligkeit in Bezug auf Probleme während der Schwangerschaft sowie das Ausmaß der Schwere dieser potentiellen Probleme sowie deren Verhinderbarkeit bzw. Heilung durch präventive und kurative Maßnahmen, für die Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge eine zentrale Rolle.

Wie auch diese Beispielstudie zeigt, fokussiert das Modell vor allem auf die Auswahl der Therapiemöglichkeiten und berücksichtigt dabei sowohl materielle als auch strukturelle Faktoren, die in eher psychologisch orientierten Ansätzen kaum eine Rolle spielen. Die Modifikationen durch KROEGER (1983) erweitern das Modell in erster Linie durch Faktoren, die sich auf die Gesundheitsdienstleistungen innerhalb des Versorgungssystems beziehen und sind daher als Perspektivenerweiterung in Bezug auf strukturelle, makro-politische und – ökonomische Kontexte zu verstehen.

---

<sup>373</sup> Vgl. ANDERSEN, NEUMAN (1975): 98ff.

<sup>374</sup> Vgl. hierzu auch SUNIL et al. (2006): 1946.

<sup>375</sup> Diese umfassen Alter, Religion, Geschlecht, Vorerfahrungen mit Krankheiten und dem Versorgungssystem, Bildungsgrad, Wissen über Krankheiten sowie grundsätzliche Einstellungen gegenüber dem Versorgungssystem.

<sup>376</sup> Enabling Faktoren bezeichnen die Verfügbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen, finanzielle Ressourcen der Individuen, Krankenversicherung, Unterstützung durch das soziale Netzwerk etc.

<sup>377</sup> Need Faktoren bezeichnen schließlich die Einschätzung der Schwere einer Krankheit, Anzahl der Krankheits-tage etc.



Der Vorteil dieser sozio-behavioralen Modelle ist die Tatsache, dass sie eine Vielzahl von Faktoren in ihre Überlegungen einbeziehen, die zu Kategorien geordnet werden. Dies ermöglicht die Entwicklung von Interventionen bezüglich therapeutischer Handlungen bzw. unterlassener Handlungen von Seiten der Individuen.

### 3.2.4 Das Modell der vier As

Bei dem Modell der vier A handelt es sich nicht um eine in sich geschlossene theoretische Herangehensweise an gesundheitsrelevantes Handeln von Individuen und Gruppen. Es stellt vielmehr eine Kategorisierung von Schlüsselfaktoren zur Erklärung von gesundheitsbezogenem Verhalten dar, die auf die Arbeiten von PENCHANSKY und THOMAS zurückgeht<sup>378</sup>. Das Modell hat in der medizinethnologischen und epidemiologischen Literatur weite Verbreitung gefunden und kommt auch in dieser Arbeit zur Anwendung. Die Bedeutung der vier As stellt sich wie folgt dar:

- 1) Availability: Dieser Begriff bezieht sich auf die (geographische) Verfügbarkeit von Personal, Dienstleistungen und Gütern des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Medikamente etc.). Sie ist Voraussetzung für eine effektive Gesundheitsversorgung und beeinflusst die Wahrnehmung der Nutzerinnen und Nutzer bezüglich der Qualität der Versorgungseinrichtungen.
- 2) Accessibility: Dieser Begriff umfasst die geographische, ökonomische und soziokulturelle Zugänglichkeit von Einrichtungen des Gesundheitswesens und schließt Einzelaspekte wie z.B. den Zustand der Infrastruktur (Straßen, Transportmöglichkeiten), Kosten für den Transport etc. ein. Die für alle Bevölkerungsteile gleichermaßen mögliche Zugänglichkeit der Einrichtungen des Gesundheitswesens stellt eines der Kriterien für qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung dar.
- 3) Affordability: Dieses Konzept fragt in erster Linie nach der Finanzierbarkeit von Gesundheitsdienstleistungen für Individuen und Familien, wobei zwischen direkten und indirekten Kosten sowie Zusatzkosten unterschieden wird.
- 4) Acceptability: Diese Kategorie bezieht sich auf kulturelle und soziale Aspekte der Akzeptanz von Gesundheitsdienstleistungen, wobei das Verhalten von Angestellten im Gesundheitswesen ebenso berücksichtigt wird, wie Geschlechteraspekte oder Bürokratie.

Vorteil des Modells der vier As ist die Möglichkeit der schnellen Identifikation von Barrieren bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen. Es vernachlässigt jedoch andere

---

<sup>378</sup> Vgl. PENCHANSKY, THOMAS (1981).

Faktoren wie z.B. die Versorgungsqualität oder die Zufriedenheit von Nutzerinnen und Nutzern sowie Coverage-Raten.

### 3.2.5 Precaution Adoption Process Model (Prozessmodell des präventiven Handelns)

Das Prozessmodell des präventiven Handelns wurde von WEINSTEIN (1988) entwickelt, der aus seiner Kritik an der Eindimensionalität und mangelnden Komplexität bislang etablierter Verhaltensmodelle, ein dynamisches, prozesshaftes Modell des präventiven Handelns entwickelte<sup>379</sup>. Ein dreigliedriges Stufenschema, dessen Abschnitte zeitlich aufeinander folgen, spiegelt den unterschiedlichen Erfahrungsgrad eines Individuums mit einer spezifischen Krankheit und, damit verbunden, der spezifischen Vulnerabilitätsüberzeugung wieder. Weitere Faktoren, die präventives Verhalten beeinflussen, sind generelle Erfahrungen mit Gesundheit und Krankheit, Informationen, Wissen, Einschätzung des Schweregrades einer Erkrankung etc. sowie ein „optimistischer Fehlschluss“ (SCHWARZER (1996): 101), der zunächst überwunden werden muss, um individuelle Betroffenheit zu erzeugen. Von Bedeutung ist zudem die Wirksamkeitserwartung in Bezug auf präventive und therapeutische Maßnahmen, die sich aus dem Bewusstsein der Existenz solcher Maßnahmen, ihrer prinzipiellen Wirksamkeit sowie ihrer Wirksamkeit im individuellen Fall, zusammensetzt.

All dies führt zur Bildung von Intentionen bei Individuen, präventive und therapeutische Handlungen ausführen zu wollen, vorausgesetzt, die dritte Stufe ist erreicht worden und die Faktoren, die einer solchen Handlungsausführung entgegen stehen (bezeichnet als Kosten oder Barrieren), können überwunden werden. Als solche Barrieren gelten insbesondere finanzielle Belastungen, Verlust von Lebensqualität etc.

### 3.2.6 Modell des Pathway of Survival

Ethnographische Entscheidungsmodelle zielen darauf ab, gesundheitsbezogenes Verhalten vorher zu sagen. Ein solches Modell ist der sogenannte Pathway of Survival<sup>380</sup>, der auf Entscheidungs- und Handlungswege, die Individuen und Gruppen beschreiten, bis sie gesundheitsrelevante Handlungen ausführen, fokussiert. Dabei werden explizit die dynamischen und multidimensionalen Aspekte dieser Prozesse berücksichtigt und sowohl individuelle, als auch soziale Faktoren einbezogen. Ebenso werden auch die oftmals entscheidende Rolle von Angehörigen, Freundinnen und Freunden etc. bei der Wahrnehmung von und dem Umgang mit Krankheiten berücksichtigt. Ausgangspunkt dieses Modells ist die Wahrnehmung von Symp-

---

<sup>379</sup> Zum Folgenden vgl. WEINSTEIN (1988); SCHWARZER (1996): 93ff.

<sup>380</sup> Vgl. z.B. THADDEUS, MAINE (1990); o.A. (1998).

tomen; es verfolgt dann den sich daran anschließenden Prozess bis zum ersten Kontakt mit einer Einrichtung des (öffentlichen) Gesundheitswesens, wobei auch die sukzessiven Therapieentscheidungen berücksichtigt werden. Jede Phase dieses Entscheidungsprozesses ist durch spezifische Barrieren und fördernde Faktoren gekennzeichnet, die zu Verzögerungen bzw. Erleichterungen beim Aufsuchen von medizinischer Hilfe führen können.

Die Stärke dieses Modells ist die Berücksichtigung der prozesshaften Dynamik, die jedem gesundheitsbezogenem Handeln – präventiv wie therapeutisch – zugrunde liegt. Einzelfaktoren werden, entsprechend verschiedener Schlüsselschritte innerhalb des Pathways, wie z.B. Symptomwahrnehmung, Entscheidungsprozesse, Begegnungen und Erfahrungen in verschiedenen medizinischen Systemen, Einschätzung der Ergebnisse einer Behandlung, Reinterpretationen von Krankheiten etc., die den Verlauf des Pathways hin zu Prävention und / oder Therapie grundlegend bestimmen, sequentiell organisiert. Dabei wird es auch möglich, individuell erscheinende Entscheidung z.B. von Frauen im Rahmen der Schwangerschaft, in ihren sozialen Kontext zu verorten.

### 3.2. 7 Kritische Würdigung der Theorien zum Gesundheitsverhalten

Alle dargestellten theoretischen Abhandlungen zum Gesundheitsverhalten – mit eingeschränkter Ausnahme des Pathway of Survival – versuchen, Gesundheitsverhalten entweder aus der Perspektive des Individuums oder mit Hilfe gesellschaftlicher Faktoren zu erklären. Wenige Modelle berücksichtigen Aspekte der Angebotsebene und überschätzen dabei die Möglichkeiten der individuellen Entscheidungen in Bezug auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen und - etwas grundsätzlicher - in Bezug auf gesundheitsorientierte Verhaltensweisen. Insbesondere in verhaltensfokussierten Theorien ist die Isolierung von individuellem Verhalten aus dem Kontext, in dem es sich ereignet, zu kritisieren.

Weiterhin gehen die meisten Theorien zum Gesundheitsverhalten davon aus, dass Individuen bei ihren Entscheidungen auf eine Nutzenmaximierung abzielen und damit bevorzugt diejenigen Verhaltensweisen ausführen, die den höchsten anzunehmenden Nutzen hervorbringen. Grundsätzlich ist diese Annahme richtig, geht jedoch in den meisten Fällen von rationalen Grundüberlegungen aus und berücksichtigt keinerlei emotionale und nicht-rationale Aspekte menschlichen Handelns. Ebenso finden Machtverhältnisse, die derartige Entscheidungen massiv beeinflussen können und die Interessen beinhalten, die weit über das eigentliche Ziel, nämlich Gesundheit, hinausgehen, in die ausgeführten theoretischen Überlegungen nur selten Eingang. Handlungen in Bezug auf Gesundheit haben darüber hinaus auch ökonomische und

symbolische Komponenten und sind zudem eingebettet in politische und politisierte Diskurse, die handlungsleitend sein können.

Insgesamt ist auf der Ebene der Anwendung der beschriebenen theoretischen Ansätze weiterhin festzuhalten, dass die Untersuchung von Gesundheits- und Krankheitsverhalten – und hierbei insbesondere der Nutzung von Gesundheitsdiensten durch Patientinnen und Patienten – seit Mitte der 1980er Jahre ein zentrales Forschungsfeld der Gesundheitsforschung geworden ist<sup>381</sup>. Dabei wird heute, im Gegensatz zu früheren Arbeiten, von monokausalen Erklärungsmustern des Verhaltens von Patientinnen und Patienten Abstand genommen und stattdessen einem multidimensionalen Zugang der Vorzug gegeben. Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stehen dabei die Präferenzen der Patientinnen und Patienten bestimmte Einrichtungen medizinisch-pluralistischer Gesundheitssysteme in Anspruch zu nehmen sowie die sozio-kulturellen, ökonomischen und strukturellen Grundlagen dieser Präferenzen.

Diese Aspekte lassen sich auch in der spezifisch zu Kambodscha verfassten Literatur, zu den in III ausgeführten Themenkomplexen, finden. Diese Literatur ist Gegenstand des nun folgenden Kapitels.

---

<sup>381</sup> Vgl. z.B. KROEGER (1983).

## **IV. Risikovorstellungen und präventives Verhalten in der Schwangerschaft in Kambodscha: Stand der Forschung**

Im Folgenden stehen die empirischen Forschungsergebnisse zu Kambodscha im Hinblick auf die Themengebiete Schwangerschaft und Geburt im Mittelpunkt der Ausführungen. Berücksichtigt werden dabei inhaltlich insbesondere allgemeine Vorstellungen zu Gesundheit und Krankheit, präventive und gesundheitsförderliche Praktiken während der Schwangerschaft sowie die Sicht der Kambodschanerinnen auf die staatliche Schwangerenvorsorge. Den theoretischen Hintergrund vor dem die folgenden Ausführungen gesehen werden müssen, bildet dabei Kapitel III dieser Arbeit.

### **1. Grundlagen von Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen**

Obwohl seit Ende der 1980er Jahren bereits einige Studien bezüglich Gesundheit und Krankheit und den damit assoziierten (Risiko-)Vorstellungen und Verhaltensweisen in Kambodscha durchgeführt wurden<sup>382</sup>, ist das Wissen in Bezug auf diesen Themenkomplex noch immer unzureichend und größtenteils lückenhaft. Dies betrifft zum einen die geringe Zahl der Forschungsarbeiten und zum anderen die wissenschaftliche Qualität vieler vorhandener Informationen zu diesen Themengebieten; häufig finden sich lediglich anekdotenhafte Berichte. Dieser Umstand ist bei den nachfolgenden Ausführungen zu berücksichtigen.

Grundsätzlich ist im Hinblick auf indigene Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen in Kambodscha zunächst festzuhalten, dass mit CROCHET Hinweise existieren, dass eine Dualität, wie sie die beiden Begriffe suggerieren, hier nicht existiert. Vielmehr finden sich im Khmer viele verschiedene Begriffe und Konzepte, die für, als unterschiedlich wahrgenommene, körperliche und seelische Zustände im Hinblick auf gesund oder krank sein verwendet werden<sup>383</sup>. Dabei spielen auch soziale Aspekte für den Erhalt bzw. die Wiederherstellung von Gesundheit eine Rolle:

„(C)ette variante introduit une sémantique élargie de la santé: sa restauration semble passer nécessairement par l'intervention d'autrui, son maintien recourir à une contribution sociale comme le suggèrent les mots voisins: sokakar, cause de paix et de confort; sokhakiriya, reconciliation, etc.” (CROCHET (2001): 368)

Krankheit und Gesundheit werden, nach CROCHET, also nicht nur als individuelle sondern als gesellschaftlich geformte Zustände aufgefasst, die eher im Sinne eines Kontinuums denn

---

<sup>382</sup> Z.B. ARONSON (1987); BIACABE (1993); FRYE, D'AVANZO (1994); KEMP (1985); STEVENS (2001).

<sup>383</sup> Vgl. CROCHET (2001a): 366ff.

als zwei streng voneinander getrennte Kategorien zu verstehen sind. Diese Konzeption ähnelt damit dem von FALTERMAIER beschriebenen „Schalter-Modell“ von Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen<sup>384</sup>.

Auf einer inhaltlichen Ebene können die indigenen<sup>385</sup> Gesundheitsvorstellungen in Kambodscha als

„a unique syncretic blend of Ayurvedic, Chinese and animistic traditions which also incorporate some cosmopolitan pharmaceutical medicines and treatments (...)“ (WHITE (1996): 22)

charakterisiert werden. Dabei spielen buddhistische Vorstellungen eine wichtige Rolle:

“Theravada Buddhism has influenced the underlying theoretical construct of traditional health belief systems throughout Southeast Asia, including Cambodia” (ebd.).

Ebenso sind Elemente einer humoralen Medizin von besonderer Bedeutung, wobei die indigenen Vorstellungen in Kambodscha den „non-Islamic, non-Ayurvedic medical systems“ (BARRETT, LUCAS (1994): 387), wie sie auch in anderen Teilen Südostasiens zu finden sind, ähneln. Im Einzelnen beruhen Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen auf einem humoralen<sup>386</sup> heiß-kalt-Konzept sowie einer Vier-Elemente-Lehre (Wind, Luft, Feuer, Erde), wobei das Element Wind eine spezifische Rolle spielt<sup>387</sup>. Dies lässt sich aus der bedeutenden Rolle erklären, die dieses Element für die Aufrechterhaltung zentraler Körperfunktionen hat: Der Wind kontrolliert die Bewegungen des Blutes sowie seine korrespondierenden Effekte die sich als Erwärmung und Abkühlung des Körpers beschreiben lassen.

Im Rahmen dieser komplexen Konzepte und Vorstellungen werden Krankheiten und Gesundheitsrisiken, vereinfacht gesagt, ätiologisch von einer Dysbalance und/oder Disharmonie zwischen heiß und kalt bzw. zwischen den vier Elementen in der Umwelt sowie innerhalb des Körpers verursacht, die aus einem Zuviel oder Zuwenig an physischen, spirituellen, sozialen oder natürlichen Elementen resultieren können<sup>388</sup>. Krankheiten und Gesundheitsrisiken kön-

---

<sup>384</sup> Vgl. Kapitel III.2.1.3 dieser Arbeit sowie FALTERMAIER (2003): 9.

<sup>385</sup> Selbstverständlich lassen sich auch biomedizinische Vorstellungen in Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen in Kambodscha finden. Jedoch spielen viele Aspekte indigener Konzepte auch in der rezenten kambodschanischen Gesellschaft eine wichtige Rolle bei der Definition und Interpretation von Gesundheit und Krankheit.

<sup>386</sup> Eine ausführliche Darstellung der humoralen Gesundheits- und Krankheitskonzeptionen in Kambodscha findet sich beispielsweise bei CROCHET (2001a): 387ff. oder auch bei KULIG (1988): 235ff. Aspekte humoraler Theorien in Südostasien sowie Lateinamerika und China finden sich u.a. in: ANDERSON (1987); BARRETT, LUCAS (1994); POOL (1987).

<sup>387</sup> Vgl. hierzu CROCHET (2001a): 368f.; WHITE (1996): 23ff.; GRAHAM, JIP (1997) sowie FREY, D’AVANZO (1994): 90f.

<sup>388</sup> Hierzu und zum Folgenden vgl. TOWNSEND, RICE (1996): 128f.; SARGENT et al. (1983); FRYE, D’AVANZO (1994): 89ff.

nen weiterhin durch natürliche oder übernatürliche Kräfte entstehen, die meisten von ihnen sind jedoch das Resultat eines Disequilibriums und damit einer Störung in den Körperfunktionen. Um diese Balance und damit Gesundheit wieder herzustellen, werden Medikamente (häufig aus Kräutern und Wurzeln hergestellt) eingenommen und Essensvorschriften eingehalten. Grundsätzliche werden schulmedizinische Medikamente als heiß, indigene hingegen als kalt kategorisiert<sup>389</sup>. Nahrungsmittel werden in ähnlicher Weise jeweils einem der beiden Pole heiß oder kalt zugeordnet und entsprechend der Krankheitsätiologie werden individuelle Diäten zusammengestellt. Diese Zuordnung ist allerdings nicht als statisch aufzufassen sondern variiert je nach Vorerkrankungen und aktuellem Allgemeinzustand eines Individuums.

„Hot or cold food may be used to correct a perceived imbalance, ameliorate discomfort or treat an illness, but excessive consumption may cause ill health“ (MANDERSON (1987): 329).

Im Rahmen einer therapeutischen Intervention – sei es durch professionelle Heilerinnen und Heiler oder durch Selbstmedikation – werden die Kategorien warm und kalt also so manipuliert, dass deren Balance innerhalb des erkrankten menschlichen Körpers wieder hergestellt werden.

All diese Konzepte sind kulturell im Rahmen sozialer Praktiken und Phänomene definiert und in ihrer Komplexität bislang nur ungenügend untersucht.

Die Bedeutung, welche diese Vorstellungen möglicherweise für das individuelle Gesundheits- und Krankheitsverhalten in Kambodscha haben können, wurde bislang ebenfalls kaum untersucht. Einige Hinweise liefert jedoch JONG (1997), der sich in seiner Darstellung der psychiatrischen Gesundheitssituation in Kambodscha mit allgemeinen Prinzipien, die Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen und das daraus resultierende Verhalten beeinflussen, beschäftigt<sup>390</sup>. Demnach sind insbesondere indigene Vorstellungen zur Ätiologie von Krankheiten und darüber hinausreichende subjektive Theorien zu Gesundheit und Krankheit von Bedeutung. Hinzu kommen Einschätzungen darüber, welche Leistungen und Spezialisierungen von den Vertreterinnen und Vertretern der verschiedenen Versorgungssysteme zu welchem Preis angeboten werden. Oft sind ökonomische Restriktionen oder mangelnde Verfügbarkeit für die Auswahl limitierend bzw. entscheidend. Weiterhin ist die soziale Position und den damit verbundenen Aufgaben des erkrankten Individuums bei der Wahl des Versorgungssystems von Bedeutung. Frauen mit Kindern können z.B. u.U. nicht einfach das Haus verlassen,

---

<sup>389</sup> Vgl. CROCHET (2001a): 390.

<sup>390</sup> Zum Folgenden vgl. JONG (1997): 52ff. Einschränken muss angemerkt werden, dass JONG diese Prinzipien lediglich erwähnt, das Ausmaß ihres Einflusses wurde von ihm jedoch nicht untersucht.

um ein weiter entferntes Gesundheitszentrum aufzusuchen. Vergangene Erfahrungen mit den einzelnen Versorgungsmöglichkeiten können Gesundheitsverhalten ebenso beeinflussen wie bereits bestehende Vertrauensverhältnisse oder der Zeitpunkt der Erkrankung<sup>391</sup>.

## **2. Schwangerschaft und Geburt**

Auch in Bezug auf Perzeptionen von Schwangerschaft und Geburt in Kambodscha haben nur einige wenige Studien ethnographisches Material hervorgebracht<sup>392</sup>. Die vorhandenen Untersuchungen beschäftigen sich meist mit Frauen in den Flüchtlingscamps entlang der thailändischen Grenze in den 1980er und frühen 1990er Jahren<sup>393</sup> oder mit den Konzepten und Vorstellungen von im Ausland lebenden Kambodschanerinnen<sup>394</sup>. Daneben existieren Berichte verschiedener Ministerien, eine Vielzahl an Baseline- und Evaluierungsstudien von Nichtregierungsorganisationen sowie einzelne Anmerkungen in der Forschungsliteratur.

Auffällig ist, dass sich fast alle vorhandenen Studien in erster Linie auf präventive Verhaltensweisen der Schwangeren konzentrieren, in erster Linie im Hinblick auf die Inanspruchnahme staatlicher Schwangerenvorsorge<sup>395</sup>. Studien hinsichtlich der allgemeinen anatomischen und physiologischen Vorstellungen von Schwangerschaft und Geburt, Ätiologie von Risiken und Krankheiten oder auch therapeutischen Strategien, fehlen hingegen fast vollständig. Weitere Studien, wie die von MARTIN (1999) oder WHITE (2004) beschäftigen sich mit dem Gesundheits- und Krankheitsverhalten von Khmer Frauen in der postpartalen Periode<sup>396</sup>. Auch die Erforschung von Risikoperzeptionen im Bereich von Schwangerschaft und Geburt in Kambodscha steht noch ganz am Anfang. Lediglich eine Studie untersucht dieses Thema im Ansatz: In einer Studie von YANAGISAWA zum allgemeinen Gesundheits- und Krankheitsverhalten Schwangerer in der Provinz Kampong Cham in der Mitte Kambodschas finden sich auch einige Hinweise auf Risikovorstellungen<sup>397</sup>. YANAGISAWA kommt zu dem Ergebnis, dass ein erschreckend hoher Anteil von Frauen, die gesundheitliche Probleme in der Schwangerschaft haben, diese ignorieren. So unternahmen 43% der Frauen, die eine Blutung

---

<sup>391</sup> In ländlichen Gebieten kann es in Zeiten vermehrt anfallender Feldarbeit, z.B. während der Erntezeit, schwieriger sein, diese aufgrund eines Arztbesuchs ruhen zu lassen.

<sup>392</sup> Vgl. z.B. TOWNSEND, RICE (1996); DOUGLAS (1994); KULIG (1988 und 1994); JACOBS, PARCO (2000); WHITE (2002 und 2004); ONUIRI (2006).

<sup>393</sup> Vgl. z.B. TOWNSEND, RICE (1996): 125ff.

<sup>394</sup> Dabei handelt es sich meist um in den USA oder Australien lebende Frauen. Vgl. hierzu z.B. die Studien von CHOULEAN (1982); DOUGLAS (1994); KULIG (1989); SARGENT et al. (1983).

<sup>395</sup> Vgl. z.B. JACOBS, PARCO (2000).

<sup>396</sup> Vgl. MARTIN (1999): 2ff.; WHITE (2004): 179ff.

<sup>397</sup> Vgl. zum Folgenden YANAGISAWA (2005): 35ff.



hatten, nichts, ebenso wie mindestens 70% der Frauen, die einen vorzeitigen Blasensprung hatten.

Das Konzept der schulmedizinischen Prävention ist vielen Kambodschanerinnen und Kambodschanern fremd. Insbesondere aufgrund ökonomischer Restriktionen suchen sie Einrichtungen des Gesundheitssystems in erster Linie im konkreten Krankheitsfall auf. Dennoch existieren rund um das Thema Schwangerschaft eine Vielzahl normativer Verhaltensweisen, die im Sinne eines gesundheitsförderlichen und präventiven Lebensstils verstanden werden können. So beschreiben TOWNSEND und RICE in ihrer Studie *A baby was born in Site 2 Camp* wie, trotz der widrigen äußeren Bedingungen in einem Flüchtlingslager an der thailändischen Grenze Kambodschas und trotz zunehmender Medikalisierung und Beeinflussung durch das schulmedizinisch geprägte Versorgungssystem in diesem Flüchtlingslager, indigene Vorstellungen und Konzepte von Schwangerschaft und Geburt bei den untersuchten Kambodschanerinnen persistierten<sup>398</sup>. Insbesondere Essens- und Verhaltensvorschriften spielten dabei eine zentrale Rolle. Durch die Berücksichtigung spezifischer kulturell bestimmter Restriktionen in diesen beiden Bereichen können - so die Vorstellungen - Schwangere ihre Schwangerschaft und damit das ungeborene Kind schützen. Konkret sollen Schwangere vermehrt Früchte, Gemüse und Fleisch essen, um genügend Energie zu haben, den Fötus zu ernähren. Bestimmte Nahrungsmittel sollen demgegenüber vermieden werden, da sie potentiell Risiken für Mutter und Kind bergen. So sollen vor allem als „heiss“ klassifizierte Nahrungsmittel wie z.B. Chili, Pfeffer, fermentierter Fisch sowie bestimmte Gemüsesorten wie Auberginen, Süßkartoffeln oder Knoblauch vermieden werden. Dies lässt sich innerhalb der emischen Kategorisierung von Schwangerschaft als grundsätzlich „heißem“ Zustand erklären, der nicht durch falsche Speisen weiter aus dem Gleichgewicht gebracht werden darf, um Krankheiten zu vermeiden. Die Essensvorschriften werden durch eine Reihe von Verhaltensmaßregelungen ergänzt: Eine Schwangere kann ihren alltäglichen Verrichtungen nachgehen, sollte jedoch vorsichtiger sein und schwere Arbeiten meiden. Sie sollte nicht Fallen, nicht in Türrahmen stehen, schneller Essen als alle anderen, morgens vor ihrem Ehemann aufstehen und viele weitere mehr. Alle diese Verhaltensvorschriften sollen zu einer schnellen, einfachen und relativ schmerzfreien Geburt beitragen. Aus demselben Grund soll eine Schwangere *Tnam Raksacoir* trinken. Dabei handelt es sich um ein Getränk, das aus verschiedenen getrockneten Holzsorten von einem indigenen Heiler, dem *Kru Khmer* hergestellt und den Schwangeren verkauft wird. Diese trinken vom fünften Schwangerschaftsmonat an davon soviel, wie sie können. Eine

---

<sup>398</sup> Vgl. TOWNSEND, RICE (1996): 125ff.

weitere indigene Praktik in der Schwangerschaft, die von TOWNSEND und RICE beschrieben wird, ist das Tragen eines Bandes aus Baumwolle und Metall um die Hüften, das von einem indigenen Heiler hergestellt wird und die Gesundheit von Mutter und Kind schützen soll. Insgesamt werden diese indigenen Präventionspraktiken in der Studie nur skizzenhaft dargestellt, ihre Verortung in weiterführenden indigenen Vorstellungen und Konzepten z.B. hinsichtlich Anatomie, Physiologie, Pathophysiologie etc. fehlt.

Auch SARGENT et al. (1983) können in ihrer Studie über kambodschanische Flüchtlingsfrauen in den USA zeigen, dass indigene Praktiken während Schwangerschaft und Geburt eine zentrale Rolle bei den Immigrantinnen spielen:

„[A] review of practices prevalent during pregnancy and the puerperium suggests that this refugee population manifests persisting concern with humoral pathology and an enduring reliance on indigenous practitioners, while selectively using available cosmopolitan health services in the urban setting“ (SARGENT et al. (1983): 77).

Die ausführlichste Studie zum Thema indigene Präventionspraktiken während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, hat bislang WHITE vorgelegt. Im Rahmen einer qualitativen Studie untersuchte sie Mitte der 1990er Jahre Perzeptionen kambodschanischer Frauen bezüglich Schwangerschaft und Geburt und verglich sie mit biomedizinischen Konzepten<sup>399</sup>.

Sie identifizierte eine Vielzahl indigener Praktiken während einer Schwangerschaft, die dazu dienen sollen, Risiken zu minimieren und die Schwangerschaft insgesamt zu schützen. Die betroffenen Frauen vermeiden dabei aktiv bestimmte Handlungen während sie andere explizit ausführen<sup>400</sup>. So sollen beispielsweise Schwangere ihre täglichen Aktivitäten nicht langsamer ausführen als sonst, da es sonst zu einem langen und unter Umständen gefährvollen Geburtsverlauf kommen kann. Es existieren eine unüberschaubare Vielzahl an Essenstabus, die alle unterschiedliche negative Folgen für Mutter und/oder Kind während Schwangerschaft, Partus und postpartum vermeiden helfen sollen und stark von einer heiß-kalt-Dichotomie bestimmt sind. Schwangere sollte hierbei insbesondere keine „heißen“ Speisen und Getränke zu sich nehmen.

In einem Bericht einer Nichtregierungsorganisation<sup>401</sup> finden sich ebenfalls Hinweise auf gesundheitsförderliches Verhalten in der Schwangerschaft in Bezug auf die Nahrungsaufnahme. Auch hier spielen Vorstellungen von „heißen“ und „kalten“ Nahrungsmitteln eine besonders große Rolle:

---

<sup>399</sup> Vgl. WHITE (1996), (2002) und (2004).

<sup>400</sup> Vgl. zum Folgenden WHITE (1996): 70ff.

<sup>401</sup> Vgl. ONUIRI (2006): 6ff.

„Mothers most commonly reported avoiding items that would ‚overheat‘ the fetus such as chili peppers, eggplant, salty and spicy foods, alcohol, coffee and tea“ (ONU/IRI (2006): 6).

Weitere normative Ansprüche an das Verhalten von Schwangeren die von WHITE beschrieben werden sind: Schwangere sollen nachts nicht baden oder duschen, da der Fetus dann übergewichtig werden könnte und dies wiederum zu einer schwierigen Geburt führen würde. Werdende Mütter sollen nicht im Türrahmen stehen und nicht unter einer Leiter hindurch gehen, beides ist wiederum einem schnellen und sicheren Geburtsverlauf abträglich. Bei der Zubereitung von Fisch sollen Schwangere die benutzten Küchenutensilien besonders intensiv säubern, damit auch das Neugeborene sauber sein wird; ähnliches gilt für das Hacken von Gewürzen<sup>402</sup>. Inwieweit Schwangere in Kambodscha dieses komplexe System an Verhaltensweisen beachten und einhalten, wurde bislang in noch keiner Studie genauer quantifiziert. Weiterhin stehen derzeit eine differenzierte Untersuchung der emischen Perzeptionen von Schwangerschaftsrisiken sowie die Auswirkungen auf die aktiven Verhaltensmuster von Frauen im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention, noch aus. Um einen Teil dieser Forschungslücke zu schließen, wurde die vorliegende Arbeit durchgeführt.

---

<sup>402</sup> Vgl. hierzu auch KHMER WOMEN'S VOICE CENTRE (1996): 13.

## **V. Material und Methoden**

### **1. Studiendesign**

Vor dem Hintergrund des in der Einleitung dargelegten Problemumrisses, den internationalen und nationalen Rahmenbedingungen und des theoretischen Blickwinkels der Arbeit sowie dem Stand der Forschung bezüglich Risikovorstellungen und präventivem Verhalten in der Schwangerschaft in Kambodscha, wird im Folgenden ein angemessener methodischer Zugang abgeleitet.

Zentral für die Auswahl der Methoden für die vorliegende Arbeit, ist der von WILSON formulierte Anspruch, dass die „Anwendung einer bestimmten Methode (...) von der Eigenart des jeweiligen Forschungsproblems ausgehen“ (WILSON (1982: 501) muss<sup>403</sup>.

Mit der Untersuchung subjektiver Vorstellungen von Risiken in der Schwangerschaft, ihrer Bedeutung für gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen sowie im Speziellen für die Inanspruchnahme von Einrichtungen der Schwangerenvorsorge von Frauen in Phnom Penh, wird weitgehend Forschungsneuland betreten. Es schien daher sinnvoll eine kleinere Studie mit deskriptiv-explorativem Charakter zu diesem Themenkomplex durchzuführen, die einen qualitativen Forschungsansatz verfolgt<sup>404</sup>. Das qualitative Paradigma wurde ausgewählt, um die gelebten Erfahrungen und Sichtweisen der Befragten, die sich durch Multidimensionalität und Komplexität auszeichnen, erfragen zu können, da so gut wie nichts darüber bekannt ist, wie kambodschanische Frauen diese Problemfelder selbst sehen. Es ist dabei gekennzeichnet von einer holistischen Betrachtungsweise der untersuchten Phänomene, der Verwendung interpretativer Methoden, einem offenen, methodisch und theoretisch wenig vorstrukturierenden Herangehen an den Forschungsgegenstand sowie des Verständnisses der Forscherin, selbst Teil des Forschungsprozesses zu sein. Das qualitative Methodendesign ermöglichte ein ergebnisoffenes Vorgehen und wahrte damit auch die Chance, neue, bislang unbekannte oder nicht berücksichtigte Sachverhalte aufzudecken. Es wurde damit auch möglich, Widersprüche und Ambivalenzen, als Teil der Wirklichkeit der befragten Frauen, zu erfassen.

---

<sup>403</sup> Vgl. hierzu auch FLICK, 2002: 194f.

<sup>404</sup> Eine Übersicht über verschiedene qualitative Forschungsansätze findet sich z.B. bei BELZ-MERK et al. (1992); BELZ-MERK (1995 und 1997); BENGEL (1993); BENGEL, FALTERMAIER (1996); FLICK (1991, 1998 und 2003). Selbstverständlich können derartige Kognitionen auch im Rahmen quantitativer Studien untersucht werden (vgl. hierzu z.B. die Vorschläge von ERHART et al. (2006): 327ff. oder MORFELD et al. (2003). Einschränkend muss bei derartigen Verfahren angemerkt werden, dass durch sie nicht alle inhaltlichen Dimensionen subjektiver Vorstellungen zugänglich sind. In diesem Zusammenhang argumentiert GEMBRIS-NÜBEL: „Qualitative, nicht standardisierte Methoden bieten sich vor allem dann an, wenn über den Forschungsgegenstand wenig bekannt ist (...). Sie sind aber auch angebracht, wenn ein Forschungsgegenstand sehr komplex, differenziert und nicht auf wenige Aspekte reduzierbar erscheint“ (GEMBRIS-NÜBEL (2004): 92). Eine allgemeine Gegenüberstellung von Vor- und Nachteilen qualitativer und quantitativer Methoden sowie Möglichkeiten ihrer Kombination findet sich z.B. bei BERNARD (2002): 23ff. und 427ff.

Untersuchungsgegenstand und Fragestellung der Studie liegen an der Schnittstelle zwischen Medizin und Ethnologie und erforderten ein interdisziplinäres Forschungsvorgehen. Dabei wurden biomedizinische und sozial- bzw. kulturwissenschaftliche Paradigmen zusammengeführt. Um die komplexe, mehrdimensionale Problemstellung adäquat erfassen und lösungsorientiert bearbeiten zu können, war ein akteurszentrierter und gleichzeitig holistischer Ansatz, der sich an der Methodik und den Interpretationen der Medizinethnologie orientiert, notwendig. Dieser Ansatz erforderte, neben dem qualitativen Methodendesign, ein mehrdimensionales, flexibles und prozessual angelegtes, methodisches Vorgehen, was auch bedeutete, dass der Forschungsverlauf nicht linear sondern vielmehr zirkulär verlief und auf eine Hypothesenbildung ex-ante verzichtete. Dabei bestimmte die bereits während des Forschungsprozess erfolgte, kontinuierliche erste Sichtung und Auswertung der erhobenen Daten das weitere Vorgehen und die weitere Auswahl der folgenden Fälle. So wurde es möglich, neu gewonnene Erkenntnisse im Laufe des Forschungsprozesses zu evaluieren und in diesen zu integrieren. Bestimmte Fragen traten somit erst im Wechselspiel zwischen der empirischen Datenerhebung und deren erster Aufarbeitung und Reflexion auf. Auf diese Weise wurde die adäquate Erfassung der emischen Perspektive der Frauen sichergestellt, und einer zu starken Vorstrukturierung des Forschungsgegenstandes und damit der Beeinflussung der Ergebnisse durch die Forschende, vorgebeugt.

Konsequenterweise erfolgte die Methodenauswahl für die vorliegende Studie ziel- bzw. problemorientiert. Zur Erhebung der Daten wurde eine Kombination qualitativer Methoden, im Sinne des Ansatzes einer systematischen Perspektiven-Triangulation, genutzt. Dabei werden

„gezielt Forschungsperspektiven und Methoden miteinander kombiniert (...), die geeignet sind, möglichst unterschiedliche Aspekte eines Problems zu berücksichtigen“ (FLICK (2002): 81).

Diese Vorgehensweise begründet sich in den Fragestellungen der Arbeit und hat, neben dem Eröffnen neuer Erkenntnisdimensionen, auch die Validierung und Generalisierung von Daten und daraus gezogenen Schlussfolgerungen zum Ziel<sup>405</sup>. Dabei kommen sowohl Datentriangulation durch die Erhebung verschiedener Perspektiven in Interviews mit verschiedenen Frauen, als auch eine methodologische Triangulation durch die Kombination verschiedener Datenerhebungsmethoden zum Einsatz.

---

<sup>405</sup> Vgl. hierzu auch BERNARD (2002): 362ff.

## **2. Datenerhebung**

Zur Vorbereitung der Forschung wurde zunächst in Deutschland eine umfangreiche Literaturrecherche in Bibliothekskatalogen und Datenbanken durchgeführt sowie einige Expertinnen und Experten in Kambodscha<sup>406</sup>, zu denen bereits Kontakt bestand, hinsichtlich der Konzeption der Fragestellung und der Methodenauswahl per E-Mail befragt.

In Kambodscha absolvierte die Autorin zur Exploration des Feldes zunächst eine vierwöchige Famulatur in einer von einer britischen Nichtregierungsorganisation geführten, ambulanten gynäkologisch-geburtshilflichen Klinik. Dabei kamen als methodische Instrumente insbesondere teilnehmende Beobachtung und informelle Gespräche zum Einsatz. Diese Zeit diente der Feldexploration sowie einer ersten Testung des, auf der Grundlage von Literaturrecherche, Gesprächen mit Expertinnen und Experten und Felderfahrungen, konzipierten Interviewleitfadens, um dessen Länge und die Dauer der Interviews zu überprüfen und seine Akzeptanz zu sichern. Aufgrund der Probebefragung wurden einige Ergänzungen, Neuformulierungen sowie Kürzungen vorgenommen.

Nach Abschluss dieser ersten Phase der Forschung, in der bereits auch die Literaturrecherche vor Ort begonnen wurde, begann die Hauptphase der Datenerhebung mit den nachfolgend näher beschriebenen methodischen Instrumenten.

### **2.1 Datenquellen und Instrumente der Datenerhebung**

#### Literaturrecherche

Eine, die gesamte Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der vorliegenden Studie begleitende, systematische Literaturrecherche<sup>407</sup> bildete die Grundlage der Arbeit und stellte sicher, dass der aktuelle Forschungsstand zu den untersuchten Forschungsfragen rezipiert werden und in die Analyse einfließen konnte.

---

<sup>406</sup> Hierbei handelte es sich im Wesentlichen um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nationaler und internationaler Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit, wie beispielsweise der GTZ, der WHO oder RACHA sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die in Kambodscha tätig sind.

<sup>407</sup> Vgl. ULIN et al. (2005): 35ff.; BERNARD (2002): 91ff.

Dabei wurde insbesondere Wert darauf gelegt, ausreichend detaillierte Kontextinformationen über politische, ökonomische, soziale, kulturelle und historische Entwicklungen und Bedingungen in Kambodscha zu sammeln und auszuwerten<sup>408</sup>.

#### Teilnehmende Beobachtung<sup>409</sup>

Die teilnehmende Beobachtung im Rahmen der vorliegenden Forschung bestand in der Anwesenheit der Forscherin bei etwa 200 Vorsorgeuntersuchungen von Schwangeren, ca. 50 Geburtsverläufen sowie etwa 100 Konsultationen, die verschiedene Arten von gynäkologischen Problemen zum Inhalt hatten<sup>410</sup>. Ziel war es, Einblicke in konkrete Abläufe der Schwangerenvorsorge und der Geburtshilfe zu erhalten, Verhaltensweisen und Einstellungen des Personals kennen zu lernen und somit einen Eindruck von der Funktionsweise des kambodschanischen, medizinischen Versorgungssystems im Bereich der reproduktiven Gesundheit zu erhalten. Alle aus der teilnehmenden Beobachtung gewonnenen Erkenntnisse, Ideen und Fragen wurden mit Hilfe eines Forschungstagebuches dokumentiert und dienten bei der Auswertung als wichtige Interpretationshilfen<sup>411</sup>.

---

<sup>408</sup> Mit Hilfe von Schlagworten wurde in verschiedenen universitären Bibliotheken in Deutschland und den Literaturdatenbanken MedPilot und PubMed nach empirischen Ergebnissen sowohl zum Forschungsgegenstand selbst, als auch zu den nationalen Rahmenbedingungen in Kambodscha, gesucht. Die Literaturrecherche in Kambodscha fand zwischen September 2005 und Februar 2006 sowie im April 2007 in 15 Bibliotheken und resource centers in Phnom Penh bzw. Siem Reap statt, die alle mehrfach besucht wurden. Dies waren im Einzelnen (in alphabetischer Reihenfolge): Asiatische Entwicklungsbank (Phnom Penh), Buddhist Institute (Phnom Penh), Büro für Qualitätssicherung im Ministerium für Gesundheit (Phnom Penh), Cambodia Development Resource Institute (Phnom Penh), CARE (Phnom Penh), Cooperation Committee for Cambodia (Phnom Penh), Gender and Development (Phnom Penh), Khmer Studies Center (Siem Reap), Medicam (Phnom Penh), National Institute of Public Health (Phnom Penh), National Maternal and Child Health Center (Phnom Penh), UNFPA (Phnom Penh), UNICEF (Phnom Penh), Weltbank (Phnom Penh), WHO (Phnom Penh). Zusätzlich erfolgte die Sammlung und Auswertung relevanter Artikel aus verschiedenen nationalen und internationalen Zeitungen und Zeitschriften, die während des Forschungszeitraumes erschienen sind. Diese aufwendige Literaturrecherche war notwendig, da in Kambodscha bislang keine zentrale Dokumentationsstelle sowie kein zentrales Verzeichnis zur Erfassung von Projektberichten, Forschungsarbeiten, Leit- und Richtlinien sowie Gesetzestexten zum Thema Gesundheit existiert.

<sup>409</sup> Teilnehmende Beobachtung bezeichnet einen Lernprozess, bei dem sich die Forschenden alltäglichen Aktivitäten in einem zu explorierenden Setting aussetzen, an diesen teilhaben und diese beobachten (vgl. zum Folgenden LECOMPTE, SCHENSUL (1997): 91ff.; BERNARD (2002): 322ff.). Häufig ist die teilnehmende Beobachtung eine der ersten Forschungsmethoden, die in einem noch unbekanntem Feld zur Exploration eingesetzt wird, was auch in der vorliegenden Forschung der Fall war. Dies bietet mehrere Vorteile: Durch die Teilnahme am Alltag des zu explorierenden Settings können zentrale Handlungsabläufe und Beziehungen, deren Organisation und Hierarchisierung, sowie Definitionen kultureller und sozialer Normen, die für die weitere Forschung von Bedeutung sein könnten, identifiziert werden. Zudem bietet sie die Möglichkeit, kulturelle Erfahrungen zu machen, die mit Forschungsassistentinnen und -assistenten sowie Studienteilnehmerinnen diskutiert werden und in den gesamten Forschungsprozess einfließen können. Nicht zuletzt bietet diese Methode der Forschenden die Gelegenheit, einen Einstieg in das zu erforschende Setting zu finden und sich mit den Gegebenheiten vertraut zu machen.

<sup>410</sup> Diese Ergebnisse wurden für die vorliegende Arbeit nicht systematisch ausgewertet. Vielmehr dienten sie in erster Linie dem oben beschriebenen Zweck der Akkulturation in das Forschungsfeld.

<sup>411</sup> Zur Bedeutung eines Forschungstagebuches vgl. BERNARD (2002): 365ff.

## Gespräche mit Expertinnen und Experten

Mit Hilfe von Gesprächen mit Expertinnen und Experten konnten die Perspektiven professioneller Akteurinnen und Akteure aus Wissenschaft und gesundheits- und entwicklungspolitischer Praxis in die Arbeit integriert werden; sie ergänzten im gesamten Verlauf der Feldarbeit die Hauptmethoden und ermöglichten es, Defizitfelder, die durch keine der anderen Methoden erfasst werden konnten, zu erschließen. Dies waren insbesondere Hintergrundinformationen zum kambodschanischen Gesundheitssystem im Allgemeinen sowie zur Versorgungssituation von Schwangeren im Besonderen. Die Gesprächspartnerinnen und -partner waren alle als Expertinnen und Experten mit (reproduktiver) Gesundheit in Kambodscha befasst und in den Arbeitsfeldern Politik, Entwicklungszusammenarbeit, Wissenschaft oder Gesundheitswesen tätig<sup>412</sup>. Sie wurden mit Hilfe eines Schneeball-Samplings<sup>413</sup> identifiziert. Die Erhebungsform der Gespräche lehnte sich an die von MEUSER und NAGEL (2002) beschriebenen Experteninterviews an und zielte auf die Erfassung spezifischer Wissens Ebenen ab<sup>414</sup>. Aus ihren Aussagen ließen sich Erkenntnisse über Funktionsweisen, Strukturen, Interaktionen und Ansätze für Veränderungsmöglichkeiten innerhalb des spezifischen Forschungsfeldes gewinnen.

## Interviews mit schwangeren und nicht-schwangeren Frauen

Da die besonders interessierenden Daten sprachlich vermittelt sind, bildeten semi-strukturierte, leitfadenorientierte und problemzentrierte Einzelinterviews mit schwangeren Frauen und Frauen mit mindestens einem Kind jünger als drei Jahre, den Schwerpunkt des konkreten methodischen Vorgehens. Die Methode des qualitativen Interviews wurde ausgewählt, da sie besonders geeignet ist, subjektive Perspektiven und Erfahrungen zu erforschen und zu analysieren. Im Rahmen der Interviews wurden Frauen als Expertinnen ihrer Gesundheit und ihres eigenen Wohlbefindens wahrgenommen und angesprochen und ihre individuel-

---

<sup>412</sup> Dabei handelte es sich im Einzelnen um Vertreterinnen und Vertreter von UNICEF, USAid, Marie Stopes Cambodia (MSC), Reproductive & Child Health Alliance (RACHA), Reproductive Health Association Cambodia (RHAC), UNFPA, National Institute of Public Health (NIPH), der British Broadcasting Company (BBC) und der Cambodian Midwives Association (CMA). Weiterhin wurde mit Dr. Elizabeth Hoban, Senior Lecturer an der School of Health and Social Development der Deakin University, Australien, eine Expertin mit mehr als 15 Jahren Forschungserfahrung auf dem Gebiet der reproduktiven Gesundheit in Kambodscha befragt. Außerdem wurden Gespräche mit Vertreterinnen und Vertreter der GTZ, der WHO und verschiedener internationaler, in Kambodscha ansässiger, Beratungsfirmen geführt. Die Gespräche wurden in Stichworten notiert. Transkription und qualitative Auswertung wurden aufgrund des begrenzten Einsatzes im Rahmen der Forschung nicht durchgeführt.

<sup>413</sup> Dabei wird zunächst ein oder mehrere für den Zweck des Gesprächs entscheidende Individuen ausfindig gemacht. Diese werden dann nach weiteren, in deren Augen entscheidenden, Personen gefragt. Ausführlich hierzu vgl. BERNARD (2002): 185f.

<sup>414</sup> Vgl. hierzu MEUSER, NAGEL (2002) sowie FLICK (2002): 139ff.



len Erfahrungen in und mit der Schwangerschaft, subjektiven Risikovorstellungen sowie Aussagen zu präventivem Verhalten erfragt und aufgezeichnet.

Zur adäquaten Rekonstruktion dieser subjektiven Sichtweisen erfolgte die Interviewführung in Anlehnung an die von WITZEL entwickelte Methode des Problemzentrierten Interviews<sup>415</sup>. Der Erkenntnisgewinn ist dabei als „induktiv-deduktives Wechselspiel zu organisieren“ (WITZEL (2000)), wobei die drei Grundcharakteristika des Problemzentrierten Interviews - die Problemzentrierung, die Gegenstands- sowie die Prozessorientierung - dafür sorgen, dass

„wenn der Kommunikationsprozess sensibel und akzeptierend auf die Rekonstruktion von Orientierungen und Handlungen zentriert wird, (...) bei den Befragten Vertrauen und damit Offenheit“ (WITZEL (2000))

entsteht, die der Förderung der Gesprächsentwicklung und damit letztlich der Erhebung der interessierenden, für die Beantwortung der Forschungsfrage relevanten, Daten dient.

Bei dieser Art der Durchführung von Interviews kommen verschiedene Sub-Instrumente in einer bestimmten Reihenfolge zum Einsatz, die auch im Rahmen der vorliegenden Studie genutzt wurden: Ein dem eigentlichen Interview vorangehender Kurzfragebogen, das leitfadengestützte Interview, die Aufzeichnung des Interviews sowie ein Postskriptum.

Der Kurzfragebogen bot einen Gesprächseinstieg sowie die Möglichkeit einige sozioökonomischen Basisdaten, außerdem in knapper Form die geburtshilfliche Vorgeschichte der jeweils Interviewten, zu erheben. Seine Konstruktion orientierte sich im Hinblick auf die sozioökonomischen Daten an PELTO und PELTO (1996)<sup>416</sup>, die Ethnizität, ausgeübter Beruf, Bildungsstand, Religionszugehörigkeit sowie drei Indikatoren<sup>417</sup> zur Beschreibung des sozioökonomischen Status als grobe Orientierung vorschlugen.

Die Interviews wurden mit Hilfe eines semi-strukturierten Leitfadens durchgeführt, der als flexibles Instrument verstanden und entsprechend der Problemstellung konzipiert wurde<sup>418</sup>. So wurde es möglich, den Interviewpartnerinnen einen größtmöglichen Gestaltungsspielraum bei der Ausformung, Tiefe und Reihenfolge der Interviewfragen zu überlassen und somit die individuelle Schwerpunktsetzung der einzelnen Interviewpartnerinnen zu berücksichtigen. Gleichzeitig gewährleistete er die Fokussierung der Interviews auf das Forschungsproblem und stellte sicher, dass alle ausgewählten Themen angesprochen wurden. Ein weiterer Vorteil

---

<sup>415</sup> Ausführlich hierzu vgl. WITZEL (1982, 1989 und 1996).

<sup>416</sup> Vgl. PELTO, PELTO (1996): 282ff.

<sup>417</sup> Diese sind im Einzelnen: Anzahl der Wohnräume pro Person und die Materialbeschaffenheit von Boden und Dach der Wohnräume.

<sup>418</sup> Vgl. auch den Interviewleitfaden im Anhang dieser Arbeit.

des leitfadengestützten Interviews ist, dass die Daten bereits in der Erhebungsphase eine gewisse Struktur erhalten, welche die Vergleichbarkeit der Interviews erhöht.

Grundlage des Interviewleitfadens waren die in der Einleitung formulierten Forschungsfragen der Studie. Diese wurden in Form von Fragen und Themenkomplexen bei der Erstellung des Interviewleitfadens operationalisiert und umfassten schließlich mehrere Themenkomplexe, die sich inhaltlich an den thematischen Vorgaben des Manuals *Assessing Safe Motherhood in the Community: A Guide to Formative Research*<sup>419</sup>, der als Bezugssystem für die Formulierung der Eingangsfragen und zur thematischen Gliederung der weiteren Themenkomplexe und probing-Fragen, genutzt wurde.

Der sogenannten *Pathway of Survival*<sup>420</sup>, der in dem oben genannten Manual ausführlich dargestellt wird, stellt dabei das organisatorische Inventar der zu berücksichtigenden Themengebiete bereit. Zwei Kerndimensionen des *Pathway of Survival* wurden in dem Leitfaden für die vorliegende Studie genutzt: Die subjektiven Vorstellungen von und Umgang mit Risiken sowie Prävention. Beide Dimensionen wurden mit Hilfe von Fragen zu den Themenkomplexen Gesundheit in der Schwangerschaft im Allgemeinen, Anatomie und Physiologie in der Schwangerschaft, gesundheitsförderliches Verhalten, Vorstellungen und Kenntnisse von Risiken in der Schwangerschaft, ihre Ursachen, klinisches Erscheinungsbild und Schweregrad, Aspekte der Entscheidungsfindung bei präventiven und kurativen Maßnahmen inklusive der Wahl des richtigen Zeitpunktes, wahrgenommene Barrieren bei der Inanspruchnahme von präventiven und kurativen Leistungen sowie wahrgenommene Qualität der Versorgung, untersucht.

Die Interviews wurden mittels einer erzählgenerierenden Eingangsfrage nach der Komplettierung des Kurzfragebogens eröffnet<sup>421</sup>, um die Interviewten zum freien Erzählen zu ermutigen. Subjektive Sichtweisen konnten so bereits am Anfang eruiert und im Verlauf des Interviews aufgegriffen werden. Nach diesem ersten narrativen Teil wurden bereits erwähnte Themen durch gezieltes Nachfragen ad hoc mittels probing-Fragen<sup>422</sup> vertieft und expliziert oder neu angesprochen, wobei der Interviewleitfaden als strukturierendes Element fungierte.

Im Rahmen eines Pretests wurde der Interviewleitfaden in fünf Interviews getestet. Ziele dieser ersten Studienphase waren die Überprüfung der Fragen auf Verständlichkeit und Angemessenheit, die Überprüfung der Themenschwerpunkte hinsichtlich Angemessenheit, Wech-

---

<sup>419</sup> Vgl. NACHBAR et al. (1998).

<sup>420</sup> Vgl. ebd.; ausführlich zum *Pathway of Survival* vgl. Kapitel III 3.2.6 dieser Arbeit.

<sup>421</sup> Vgl. WITZEL (2000).

<sup>422</sup> Vgl. BERNARD (2002): 210ff.

selbeziehungen und Lücken, die Begrenzung der Interviews auf wesentliche, der Beantwortung der Forschungsfragen dienlichen, Aspekte sowie Dauer und Länge eines Interviews. Die Interviews wurden mit Hilfe einer Feldforschungsassistentin<sup>423</sup> in Khmer durchgeführt und ins Englische übersetzt. Zur Erhöhung der Validität der Übersetzung wurde jedes fünfte Interview durch eine zweite, unabhängige Übersetzerin in Ausschnitten erneut übersetzt.

### Weitere Quellen

Informelle Gespräche mit Hebammen, Ärztinnen und Krankenschwestern, mit Mönchen und anderen relevanten Personen – dokumentiert durch Gedächtnisprotokolle und das Forschungstagebuch - , Gelegenheitsbeobachtungen sowie die Teilnahme an verschiedenen Konferenzen, lieferten Hintergrundinformationen zu Regulativen des Alltags schwangerer Frauen und verifizierten die Ergebnisse aus den Interviews, Gesprächen mit Expertinnen und Experten sowie der Literaturrecherche.

## 2.2. Auswahl des Samples und Datenerhebung

Alle Daten wurden durch die Autorin selbst erhoben, insbesondere bei der Durchführung der Interviews sollte damit deren vergleichbare Gestaltung gewährleistet werden.

Die konkrete Auswahl der zu befragenden Frauen erfolgte mit Hilfe eines purposive samplings<sup>424</sup>. Das Sample, das als „clinical population“ (PELTO, PELTO (1996): 276)<sup>425</sup> bezeichnet werden kann, wurde in insgesamt vier Einrichtungen rekrutiert. Die Auswahl der Einrichtungen erfolgte anhand mehrerer Kriterien. Alle sollten Schwangerenvorsorge auf einer regelmäßigen Basis anbieten. Es wurden sowohl staatliche als auch von Nichtregierungsorganisationen betriebene Kliniken in verschiedenen Stadtteilen Phnom Penhs ausgewählt, die häufig und von Klientinnen und Patientinnen unterschiedlicher sozialer und ökonomischer Herkunft frequentiert werden. Die Einrichtungen, in denen die Interviews und die teilnehmende Beobachtung statt fanden, befinden sich in den vier unterschiedlichen Operational Districts

---

<sup>423</sup> Dabei handelte es sich um eine 24-jährige Kambodschanerin, Studentin und Mutter eines vier Monate alten Sohnes, die in der Vergangenheit bereits mehrfach für verschiedene internationale Organisationen als Übersetzerin (Englisch-Khmer-Englisch) tätig geworden war. Sie erwies sich als eine weltoffene Person mit sehr guten Fähigkeiten als Übersetzerin und Vermittlerin unterschiedlicher kultureller Ausgangspositionen.

<sup>424</sup> Hierbei handelt es sich um ein non-probabilistisches Auswahlverfahren, bei dem die spezifische Fragestellung der Studie die Auswahl der Zielpersonen direkt steuert. Es interessieren dabei nicht in erster Linie die Sammlung von Daten über Individuen sondern sogenannte „cultural data“ (BERNARD (2002): 142). Vgl. hierzu auch BERNARD (2002): 182ff.

<sup>425</sup> Eine „clinical population“ ist dabei definiert als „any group of patients, clients, or cases selected from the persons found at a particular health center, hospital, or individual healer’s location. Clinical populations are selected for research whenever (...) it appears that a substantial part of the cases of a particular illness are to be found at the clinical setting“ (PELTO, PELTO (1996): 276-277).

von Phnom Penh. Dabei handelt es sich bei zwei Einrichtungen um nationale Referenzkrankenhäuser, zwei Kliniken werden von Nichtregierungsorganisationen betrieben. Die Forscherin war in den ausgewählten Einrichtungen ganztägig anwesend und nahm im Sinne einer teilnehmenden Beobachtung vormittags an den Sprechstunden der Hebammen und Ärztinnen aktiv teil<sup>426</sup>. Die Interviews wurden meist gegen Mittag oder am Nachmittag durchgeführt.

Auf der Basis der im Vorfeld durchgeführten Literaturrecherche und der Gespräche mit Expertinnen und Experten, wurden die Auswahlkriterien für das zu rekrutierende Sample identifiziert. Die zu Beginn der Forschung eng gefassten Auswahlkriterien<sup>427</sup> wurden im Laufe der Forschung gelockert, da es sich als sinnvoll herausgestellt hatte, neben Schwangeren auch Frauen zu interviewen, die gerade entbunden hatten bzw. deren letzte Schwangerschaft nicht länger als drei Jahre zurück lag<sup>428</sup>. Eine gewisse Variabilität innerhalb des Samples wurde für die Charakteristika Alter, Anzahl der Schwangerschaften, ökonomischer Status und formales Bildungsniveau angestrebt, um einen möglichen Bias hinsichtlich der genannten Indikatoren zu vermeiden.

Schwangere, die zur Vorsorge kamen und solche Frauen, die aus anderen Gründen die jeweiligen Krankenhäuser aufsuchten, wurden bei der Registrierung im Wartebereich angesprochen und nach ihrer Zustimmung zu einem Interview, vor der medizinischen Konsultation in einem abgetrennten Raum befragt<sup>429</sup>. Die interviewten, stationär liegenden Wöchnerinnen wurden in ihren Zimmern angesprochen und dort interviewt. Keine der Interviewpartnerinnen war der Autorin persönlich bekannt.

Nach Klärung der Ein- und Ausschlusskriterien wurden die Interviewpartnerinnen vorab über Dauer und Ort der Interviews sowie ausführlich über Ziel und Zweck der Studie, die Verwendung der Daten und die Möglichkeit zum, für sie folgenlosen, Abbruch informiert. Das mündliche Einverständnis jeder Teilnehmerin zum Interview wurde von der Autorin schriftlich dokumentiert. Es bestand die Möglichkeiten zu Beginn und am Ende der Interviews Rückfragen zu stellen.

---

<sup>426</sup> Dies umfasste in erster Linie die Beobachtung und Durchführung von Schwangerenvorsorgen unter Aufsicht.

<sup>427</sup> D.h. zum Zeitpunkt der Studie schwangere Kambodschanerinnen zwischen 18 und 49 Jahren, die in Phnom Penh leben.

<sup>428</sup> Dies wurde insbesondere deshalb notwendig, weil viele der schwangeren Frauen glaubten, es bringe Unglück über mögliche Risiken in der Schwangerschaft zu sprechen, solange diese noch bestünde und deshalb zunächst wenig hierüber berichteten. In der Diskussion zwischen der Autorin und ihrer Feldforschungsassistentin wurde dieses Problem nach der Durchführung der ersten Interviews deutlich und die Einschlusskriterien für mögliche Interviewpartnerinnen entsprechend erweitert.

<sup>429</sup> Dies hatte den Vorteil, dass, aufgrund zum Teil erheblicher Wartezeiten, die Frauen mehr Zeit für das Interview hatten, als dies nach Abschluss der Konsultation der Fall gewesen wäre.

Von den 51 angesprochenen Frauen gaben 40 ihre Zustimmung zu einem Interview. Alle 11 Frauen, die eine Teilnahme ablehnten, begründeten dies mit zeitlichen Problemen<sup>430</sup>. Insgesamt wurden 38 Interviews mit 40 Frauen geführt<sup>431</sup>. Die Zahl der Interviewpartnerinnen wurde nicht im Vorfeld festgelegt sondern orientierte sich am Prinzip der Sättigung: Datenerhebung und Interpretationsarbeit wurden solange fortgesetzt, bis keine neuen, als relevant erscheinenden Gesichtspunkte mehr auftauchten.

Je nach Gesprächsbereitschaft dauerten die Interviews zwischen 24 und 54 Minuten mit einer mittleren Gesprächsdauer von 39 Minuten. Alle Interviews wurden nach dem Einholen des Einverständnisses der Interviewpartnerinnen auf Kassette aufgezeichnet und später transkribiert; zudem erfolgten die Aufzeichnung nonverbaler Interaktionen sowie die Erstellung von Postscripta zu jedem Interview. Hier wurde ein Gedächtnisprotokoll des Interviews erstellt und relevante Daten zur Interviewsituation, insbesondere zu Ort, Umständen, besondere Vorkommnissen, Gesprächsatmosphäre sowie Gesprächen vor und nach dem Interview festgehalten. Zudem wurden hier Anregungen und Ideen zur Auswertung, zur weiteren Recherche und zum weiteren Vorgehen allgemein notiert. Diese Postskripta bildeten ein erstes wichtiges Analyseinstrument und ermöglichten eine Umsetzung des prozessualen, zirkulären Anspruchs an das gesamte Forschungsvorgehen.

### **2.3 Ethische Aspekte und Datenschutzmaßnahmen**

Vor Beginn der Datenerhebung wurde beim National Ethics Committee for Health Research des Gesundheitsministeriums in Phnom Penh eine Forschungsgenehmigung eingeholt, die in Kapitel X.3 in Kopie einzusehen ist. Alle interviewten Frauen wurden über Ziel und Zweck der Studie aufgeklärt und ihr mündliches Einverständnis eingeholt, das die Aufzeichnung des Interviews auf Kassette beinhaltet und dokumentiert wurde. Es wurden insbesondere absolute Anonymität und Schweigepflicht zugesichert und erläutert, dass die bei den Befragungen erhobenen persönlichen Daten EDV gestützt verarbeitet und nicht an Dritte weitergegeben werden. Allen Interviewpartnerinnen wurde erklärt, dass sie zur Teilnahme an der Studie nicht verpflichtet seien und eine Beteiligung oder Ablehnung der Beteiligung keinerlei Auswirkungen auf ihre medizinische Versorgung in den jeweiligen Einrichtungen haben würde. Sie wurden über ihr Recht aufgeklärt, das Interview jederzeit ohne Angabe von Gründen un-

---

<sup>430</sup> Die im Wesentlichen ökonomischer Natur waren, denn alle gaben an sie müssten schnellst möglich zurück zu ihrer Arbeitsstelle und hätten deshalb keine Zeit für ein Interview.

<sup>431</sup> Zwei Frauen, die Freundinnen waren, sowie zwei Schwestern wurden auf ihren Wunsch hin gemeinsam interviewt.

ter- oder abbrechen zu können und in diesem Fall die bereits aufgezeichneten Daten löschen zu lassen.

Auf Privatsphäre wurde bei der Durchführung der Interviews größter Wert gelegt. In den meisten Fällen konnten die Interviews entweder in extra hierfür zur Verfügung gestellten, abgetrennten Räumen durchgeführt werden. In einigen Fällen, wo dies nicht möglich war, wurden die Interviews immer dann unterbrochen, wenn andere Personen (in allen Fällen medizinisches Personal) den Raum betraten.

Alle erhobenen Daten, insbesondere jedoch die Interviewaufzeichnungen und –transkripte, sowie deren elektronische Sicherung auf CD-Roms, wurden in den Wohnräumen der Autorin in einem verschlossenen Schrank aufbewahrt. Jedes Interview wurde mittels eines Zahlencodes verschlüsselt und somit vollständig anonymisiert. Ein Rückschluss auf eine konkrete Person war durch das Fehlen von genauen Ortsangaben, Geburtsdaten oder Namen zu keinem Zeitpunkt der Untersuchung möglich. Alle während der Forschung in eine elektronische Form gebrachten Daten wurden auf einem Datenserver kennwortgeschützt gespeichert.

## **2.4 Datenauswertung**

Die problemspezifische Auswertung von Sekundärmaterial (Ethnographien, Statistiken des staatlichen Gesundheitssystems, Berichte von Nichtregierungsorganisationen und Einrichtungen der Entwicklungszusammenarbeit etc.) erfolgte kontinuierlich während der gesamten Forschung sowie im Laufe der Erstellung dieser Arbeit. Die in Gesprächen gewonnenen Erkenntnisse sowie solche aus der teilnehmenden Beobachtung dienten als wichtige Interpretationshilfen sowie - im Sinne der Datentriangulation - als Verifizierungsmöglichkeiten der aus den Interviews gewonnenen Ergebnisse.

Ziel der Auswertung der erhobenen Daten aus den Interviews war die Analyse und das Verstehen subjektiver Sichtweisen, Vorstellungen und Relevanzsysteme der Befragten im Hinblick auf Schwangerschaftsrisiken und präventives Verhalten.

Nach der Transkription der Einzelinterviews im Sinne einer wortwörtlichen Verschriftlichung wurden die Interviews, die durch die leitfadensorientierte Durchführung bereits thematisch grob vorstrukturiert waren, mit Hilfe einer thematischen Analyse nach BOYATZIS (1998) analysiert, wobei der „Pathway of Survival“ in Ausschnitten auch als Analyseinstrument genutzt wurde.

Die systematische Auswertung der Interviews bestand entsprechend des Prinzips der Kodierung in der thematischen Neugliederung der Interviews durch die Bildung von initialen Codes

und damit der Zuordnung des Analysematerials zu Kategorien<sup>432</sup>. Die Interviews wurden komplett, d.h. Zeile für Zeile mit Hilfe des Auswertungsprogrammes ATLAS.ti 5.0<sup>433</sup> in einem mehrstufigen Verfahren entsprechend der Vorgaben der Thematischen Analyse kodiert und dabei auf Genauigkeit, Übereinstimmung und Konsistenz überprüft. Die Kode-Bildung erfolgte induktiv in-vivo, d.h. direkt aus dem vorhandenen Rohdatenmaterial, ohne dabei auf a priori Analysekriterien zurück zu greifen<sup>434</sup>.

Dennoch flossen theoretisches Kontextwissen und hier insbesondere Kategorien aus dem im Pathway of Survival vorgeschlagenen Analyserahmen in den Prozess der Kodierung ein, wobei das konkrete, durch die Interviews erfasste, Phänomen stets als Korrektiv funktionierte, an welchem sich die Interpretation durch die Forscherin messen lassen musste. Nur so konnte sichergestellt werden, dass die analytischen Kategorien eine möglichst genaue Repräsentation der empirisch erfassten Wirklichkeit darstellen und umgekehrt letztere durch die theoretischen Kategorien möglichst genau abgebildet wird. Ziel dieses ersten Schrittes war die möglichst offene Herangehensweise an die Primärdaten. Das Datenmaterial wurde aufgegliedert, verglichen, konzeptualisiert und kategorisiert. Dabei erfolgte die Identifikation und Dimensionalisierung inhaltlich zusammengehörigen Themen. Durch die zeilenweise Kodierung wurde sicher gestellt, dass keine Aussagen vorschnell als irrelevant eingestuft wurden und aus der Analyse heraus fielen, die Kodierung soweit überhaupt möglich von Interpretationen unabhängig blieb und neue Themen, die sich aus diesem Prozess ergaben, wiederum in Form neuer Codes aufgegriffen werden konnten. In einem weiteren Auswertungsschritt<sup>435</sup> wurde ein Kategoriensystem entwickelt, dem die einzelnen Codes zugeordnet wurden. Dieses Kategoriensystem beinhaltete nicht festgelegte theoretische Einzelkomponenten, sondern entstand durch ein komplexes, mehrstufiges Verfahren, in dem die einzelnen Codes immer wieder neu überdacht, Textpassagen erneut gelesen und das Datenmaterial damit insgesamt einer umfangreichen Interpretation unterzogen wurde. An diese vorläufige in-vivo Konzeption des Kategoriensystems schloss sich der Abgleich mit den deduktiven, aus theoretischem Vorwissen generierten Themenkomplexe, die auch die Grundlage des Interviewleitfadens bildeten, an und das Kategoriensystem wurde in Folge dessen erneut überarbeitet. Grundlage hierfür war wiederum der Pathway of Survival sowie die kontinuierliche Literaturrecherche und –durchsicht

---

<sup>432</sup> Dieses Vorgehen ist an die Grounded Theory nach GLASER und STRAUSS (1967) angelehnt. Vgl. zu den Prinzipien des Kodierens BERNARD (2002): 382ff.; FLICK (2002): 257ff.; BOYATZIS (1998): 50ff.; BRAUN, CLARKE (2006): 86ff.

<sup>433</sup> Das Computerprogramm kann unter <http://www.atlasti.de> (27.11.2007) bezogen werden, zudem steht ein Handbuch zum Download bereit.

<sup>434</sup> Vgl. hierzu auch BERNARD (2002): 464ff.

<sup>435</sup> Vgl. hierzu auch BRAUN, CLARKE (2006): 89ff.

während des gesamten Forschungs- und Auswertungsprozesses, um die Ergebnisse und Analysen in einen größeren Gesamtkontext einordnen zu können. Diese Form des Kodierens, das auch als „axiales“ bezeichnet wird<sup>436</sup>, diene der Verfeinerung und Ausdifferenzierung der im offenen Kodierverfahren entwickelten Kategorien sowie der Herausarbeitung von Beziehungen zwischen einzelnen Kategorien sowie deren Unterkategorien und letztendlich der Sichtbarmachung von Mustern, die sich aus dem Material ergaben. Die Datenauswertung geht damit an dieser Stelle über die reine Deskription der empirischen Wirklichkeit hinaus. Diese Beziehungen können mit Hilfe des von GLASER und STRAUSS (1967) erarbeiteten Kodierparadigmas entwickelt und formuliert werden. Danach werden alle Codes den folgenden sechs Kategorien zugeordnet: Ursächliche Bedingungen (warum passiert es?), Phänomen (worum geht es?, wie kann man es benennen?), Kontext (welchen Bedingungen unterliegt es?), Intervenierende Bedingungen (unter welchen Bedingungen wird etwas getan/nicht getan?), Handlungs- und interaktionale Strategien (was sind Handlungsstrategien und Schemata? Welche Interaktionsformen liegen vor?), Konsequenzen (was ist das Ergebnis? Welche Konsequenzen / Folgen löst es aus?). Mit Hilfe des Kodierparadigmas wird es möglich, sich

„zunehmend zwischen induktivem Denken (Entwicklung von Begriffen, Kategorien und Beziehungen aus dem Text) und deduktivem Denken (Überprüfung gefundener Begriffe, Kategorien und Beziehungen am Text, vornehmlich an anderen Passagen oder Fällen als denjenigen, aus denen sie entwickelt wurden)“ (FLICK (2002): 266)

zu bewegen und damit letztendlich die Primärdaten einer umfassenden Analyse zu unterwerfen, die jedoch streng an ihnen orientiert bleibt.

## **2.5 Einschränkung der Ergebnisse**

Zur Beurteilung der Qualität wissenschaftlicher Daten werden in quantitativen und qualitativen Verfahren unterschiedliche Kriterien genutzt.

Während im Rahmen quantitativer Erhebungsmethoden Validität, Reliabilität, Objektivität sowie Generalisierbarkeit der Daten geprüft werden, um ihre Qualität zu beurteilen, sind in qualitativen Studien *credibility*, *dependability*, *confirmability* und *transferability* als Standardkriterien für die Evaluation der Datenqualität etabliert<sup>437</sup>.

Zur Sicherung dieser, auf die Datenqualität in qualitativen Studien anzuwendenden, Kriterien, kommen verschiedene Techniken zum Einsatz, die auch in der vorliegenden Studie berücksichtigt wurden, wie z.B. die genaue Dokumentation der eingesetzten Datenerhebungsverfahren.

---

<sup>436</sup> Vgl. FLICK (2002): 265ff.

<sup>437</sup> Vgl. hierzu und zum Folgenden ULIN et al. (2005): 25ff.



ren, die Aufstellung von Regeln, welche die Datenerhebung leiten, die Angemessenheit der Methoden für die Fragestellungen und Zielsetzungen der Studie sowie die Methode der Triangulation. Weiterhin ist in diesem Zusammenhang die Reflexion möglicher Limitierungen einer Studie von Bedeutung, die im folgenden Abschnitt im Mittelpunkt stehen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen auf verschiedenen Ebenen Einschränkungen auf. Eine betrifft die Verallgemeinerbarkeit der Daten. Aufgrund des qualitativen Methodendesigns und des – zumindest für quantitative Studien – kleinen Samples können die Ergebnisse weder für alle Frauen in Phnom Penh, noch für alle Kambodschanerinnen gelten. Die Prävalenz der gefundenen Meinungen, Vorstellungen, Konzepte und Wahrnehmungen kann nicht in Zahlen gefasst werden.

Es ist mit LIAMPUTTONG und NAKSOOK festzuhalten, dass

„(q)ualitative research does not provide generalisable findings. However, as Sarantakos (1993, p.15) argues, ‚the sample units are typically representative of a class or a group of phenomena‘“ (LIAMPUTTONG, NAKSOOK (1999): 271).

In der vorliegenden Studie ist dies eine Gruppe kambodschanischer Frauen, die mindestens eine Schwangerschaft erlebt haben oder sich gerade in ihrer ersten Schwangerschaft befinden. Als weitere Einschränkung ist festzuhalten, dass das Interviewsetting – Kliniken und Krankenhäuser – zum einen ebenfalls eine Einschränkung hinsichtlich der Generalisierbarkeit der Daten bedeutet:

„In almost every case, a particular hospital or other health setting receives only a selected, non-random portion of the population that exhibits a given illness or condition“ (PELTO, PELTO (1996): 278).

Zum anderen ermöglicht es das Setting lediglich, die interviewten Frauen in einer spezifischen Situation anzutreffen. Sie kommen dort als Individuen hin, getrennt von ihrer sozialen Alltagswelt, ihren familiären und sonstigen Netzwerken, in denen sie sich normalerweise bewegen. Ein holistisches Verständnis der subjektiven Sichtweisen von Risiken und präventivem Verhalten in der Schwangerschaft erfordert jedoch auch die „consideration of the household setting as it affects peoples‘ cultural responses.“ (PELTO, PELTO (1996): 278.) Um diesen Effekt abzumildern, wurden zu Beginn der Interviews einige quantitative Daten erhoben, die eine grundsätzlichere sozio-ökonomische Einschätzung der Befragten ermöglichten. Weiterhin könnten die Interviewpartnerinnen durch das Umfeld dazu bewogen worden sein, ihre Aussagen im Sinne eines medizinischen Diskurses zu gestalten und nur solche Gesprächsthemen aufzubringen, von denen sie glaubten, dass sie im Rahmen eines solchen Set-

tings von Relevanz sein könnten. Aus diesem Grund wurde versucht zu vermeiden, dass die Interviews die Form einer medizinischen Konsultation annahmen. Stattdessen wurde die Gesprächsführung so gestaltet, dass ein medizinische Laiendiskurs entwickelt werden konnte. Hinsichtlich des Settings muss weiterhin angemerkt werden, dass die Interviews lediglich in biomedizinischen, staatlichen Einrichtungen durchgeführt wurden, die Schwangerenvorsorge anbieten. Dies bedeutet für die Auswahl des Samples zweierlei: Zum einen sind die Interviewpartnerinnen bereits mehr oder weniger stark in das offizielle staatliche Gesundheitssystem eingebunden; sie wissen von den dortigen Angeboten und nehmen diese selbst in Anspruch. Die Ansichten und Vorstellungen der Frauen, die dies nicht tun, wurden in der Studie nicht erfasst. Weiterhin haben lediglich 7 Frauen (= 17,5%) in der Studie keine Schwangerenvorsorge in Anspruch genommen, d.h. die hier vorgestellten subjektiven Vorstellungen und präventiven Verhaltensweisen repräsentieren überwiegend Frauen, die Schwangerenvorsorge in Anspruch nehmen. Zum anderen kann vermutet werden, dass die Tatsache, dass nur Nutzerinnen des Gesundheitssystems befragt wurden, bedingt, dass die „Ärmsten der Armen“ hier nicht zu Wort kamen, da sie sich einen Besuch in den Einrichtungen aus verschiedenen ökonomischen Gründen nicht leisten können oder auch von den Angeboten nichts wissen.

Die Tatsache, dass jede Interviewpartnerin nur einmal interviewt wurde, bedeutet, dass keine longitudinalen Daten gewonnen werden konnten und somit die Einordnung der Ergebnisse in einen zeitlichen Verlauf, z.B. über die gesamte Schwangerschaft hinweg, nicht möglich ist. Die hieraus resultierenden Einschränkungen wurden versucht zum einen dadurch abzumildern, dass Frauen in verschiedenen Schwangerschaftsmonaten bzw. in verschiedenen Stadien ihres reproduktiven Lebens (schwanger, nicht-schwanger) interviewt wurden. Zusätzlich wurden die Interviewpartnerinnen gebeten, den gesamten Schwangerschaftsverlauf der aktuellen bzw. bei Nicht-Schwangeren der am kürzesten zurückliegenden Schwangerschaft, in ihren Erzählungen zu berücksichtigen. Dennoch reflektieren alle Aussagen in mehr oder weniger starkem Ausmaß eine retrospektive Betrachtung, was sie selbstverständlich nicht weniger gültig macht.

Eine weitere Tatsache, die hinsichtlich der Ergebnisse einschränkend zu erwähnen ist, ist, dass im Rahmen der Rekrutierung der Interviewpartnerinnen keine Zeit blieb, eine längerfristige Beziehung zu ihnen aufzubauen. Es kann vermutet werden, dass einige der Gesprächspartnerinnen davor zurück schreckten, einer fremden Person persönliche Informationen preiszugeben oder mit ihr über intime Themen zu sprechen. Dies ist im Nachhinein nicht eruierbar. Obwohl einige der Interviewten offener und ausführlicher über die interessierenden Themen

sprachen, schienen jedoch die meisten an einem Interview und den dort angesprochenen Themen interessiert zu sein, was den Schluss zulässt, dass die Mehrheit sich in der Interview-situation wohl fühlte. Nichtsdestotrotz wäre es sicherlich von Vorteil gewesen die Interview-partnerinnen mehrfach zu befragen, dadurch ein intensiveres Vertrauensverhältnis aufzubauen und tiefer gehende Gespräche führen zu können.

Weiterhin wurden zwar Kriterien für das Sampling aufgestellt, der Wille zur Teilnahme am Interview war jedoch die Grundvoraussetzung für das Zustandekommen des Interviews. Dieses Selektionskriterium könnte zu einem systematischen Bias im Sample im Hinblick auf den ökonomischen Status der Interviewpartnerinnen geführt haben und zwar insofern, dass nur Frauen an den Interviews teilgenommen haben, die es sich leisten konnten, zusätzlich Zeit hierfür aufzuwenden. Abgemildert wurde dieser mögliche Bias durch die Gestaltung des Zeitpunktes der Interviews: Schwangeren wurden während der Wartezeiten befragt, Wöchnerinnen während ihres Krankenhausaufenthaltes.

Da es sich bei der vorliegenden Studie überwiegend um eine retrospektive Untersuchung handelt, kann nicht völlig sicher geklärt werden, welchen Einfluss die Risikovorstellungen der Interviewpartnerinnen letztlich genau auf deren gesundheitsförderliches und präventives Verhalten hatten. Um dies mit letzter Sicherheit nachweisen zu können, wäre eine prospektive, ethnographische Studie notwendig, die in erster Linie durch teilnehmende Beobachtung und qualitative Interviews über einen längeren Zeitraum, Daten erhebt.

Jede Forschung, die mit Hilfe von Übersetzungen durchgeführt wird, ist mit Einschränkungen versehen. Subtile Bedeutungen gehen leicht verloren, die Übersetzung von Worten ist möglicherweise nicht gleichbedeutend mit der Übersetzung von Bedeutungen und Kontexten. In der vorliegenden Studie wurde daher mehr Wert auf die Übersetzung von Bedeutungen und Kontexten gelegt, als auf die Wort-für-Wort-Übersetzung, wie sie z.B. für linguistische Analysen von Bedeutung ist.

Einschränkend bezüglich der Ergebnisse muss weiterhin festgehalten werden, dass vielfach Themengebiete nur angesprochen, jedoch aufgrund von Zeitmangel nicht weiter vertieft werden konnten. Auf einige dieser Themenkomplexe wird in der Schlussbetrachtung sowie in den Diskussionsteilen näher eingegangen.

Auch im Hinblick auf die, aus der Literaturrecherche gewonnenen Daten, ist eine Einschätzung ihrer Qualität von Bedeutung. Zunächst ist hier anzumerken, dass die wissenschaftliche Datenlage bezüglich Müttergesundheit in Kambodscha im Allgemeinen und Schwangerenvorsorge im Besonderen sehr limitiert ist. Größtenteils handelt es sich bei den hier vorgestellten

ten Informationen um „graue“ Literatur, d.h. Forschungs- und Erfahrungsberichte nationaler und internationaler Organisationen mit kleinen Samples in einem oder einigen wenigen Operational District(s) oder Provinzen sowie Dokumente von staatlichen Stellen, deren Qualität nicht immer wissenschaftlichen Standards genügt. Mit Ausnahme der Arbeiten von HOBAN (2002) und WHITE (1996, 1997 und 2004), existieren keine größeren Studien hinsichtlich Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in Kambodscha. Es fehlen bislang große, landesweite, quantitative und qualitative Studien, die sich allgemein mit den Themen Schwangerschaft und Schwangerenvorsorge sowie spezifisch mit Risikovorstellungen und präventivem Verhalten in der Schwangerschaft beschäftigen. Im Hinblick auf Phnom Penh existiert lediglich eine quantitative Studie<sup>438</sup>, welche die Situation der Schwangerenvorsorge in der Hauptstadt Phnom Penh analysiert.

## **2.6 Die Rolle der Forscherin und mögliche Konsequenzen**

Zum qualitativen Forschungsparadigma gehört die Reflexion seitens der Autorin bezüglich der eigenen Rolle als Forscherin, die den gesamten Forschungs- und Auswertungsprozess begleitete.

Die Übernahme von Verantwortlichkeit durch die Forscherin für die Interpretation der Daten soll zunächst explizit betont werden. Die Forscherin ist als Teil der Untersuchungssituation zu sehen, die sie durch ihre Anwesenheit und ihr Verhalten mitgestaltet. Relevant sind hierbei insbesondere Aspekte von Geschlecht, Alter und Status. Die Aussagen der Interviewpartnerinnen bleiben nicht unkommentiert, werden analysiert und hinterfragt und erfahren dabei auch eine Veränderung, die mehr oder weniger ausgeprägt sein kann. Eine wechselseitige Beeinflussung von Forscherin und „Beforschten“ ist durch keine Forschungsmethode vermeidbar. Die Forschungssituation und die Forschungserfahrung selbst sowie Vorstellungen, Sitten, Handlungen u. ä. beeinflussen die Forscherin und damit auch die von ihr hervorgebrachten Ergebnisse. Ausmaß und Folgen diese Beeinflussung sind oft nicht vorherseh- und reproduzierbar, da vieles davon unbewusst abläuft und bleibt. Dennoch ist insbesondere bei der Interpretation der Daten von zentraler Bedeutung, sich dieses Umstandes bewusst zu sein, die eigenen Interpretationen des Datenmaterials ständig zu hinterfragen und sich somit während des gesamten Forschungs- und Auswertungsprozesses selbst kritisch zu begleiten. Dieser Prozess ist ein wichtiger Aspekt der Qualitätssicherung im Rahmen der qualitativen Forschung. Das Vertrauensverhältnis zwischen Interviewerin und Interviewten, das für den Ver-

---

<sup>438</sup> Vgl. FUJITA et al. (2005)

lauf und die Qualität der Interviews von entscheidender Bedeutung ist, konnte insbesondere durch wiederholte Hinweise auf Vertraulichkeit der Daten sowie die Nicht-Zugehörigkeit der Interviewerin zum Krankenhauspersonal gestärkt werden, was u.a. auch durch das Tragen von Straßenkleidung statt eines weißen Kittels zum Ausdruck gebracht wurde. Das Geschlecht der Interviewerin erwies sich zudem als zentral bei der Datenerhebung, da Schwangerschaft und Geburt nach Aussagen einiger Interviewpartnerinnen als „Frauenthemen“ aufgefasst und bevorzugt mit Frauen besprochen werden. Weiterhin war für die Schaffung einer vertrauensvollen Interviewatmosphäre von Bedeutung, dass die Forscherin im Laufe der Forschung zumindest Grundkenntnisse der Landessprache Khmer erwarb, was bei den befragten Frauen auf große Belustigung, jedoch auch Respekt und Anerkennung stieß, der sich u.a. in der Verwendung verschiedener Anredetermini äußerte<sup>439</sup>.

In Anlehnung an Ansätze der ethnologischen Aktionsforschung, die darauf abzielen, Forschung nicht nur zum universitären Selbstzweck durchzuführen, sondern bewusst in das untersuchte „Feld“ eingreifen und dieses zum Vorteil der ‚Beforschten‘ verändern suchen, wurden auch für diese Forschung Wege und Möglichkeiten gesucht, die Ergebnisse dieser Studie vor Ort, d.h. in Kambodscha bzw. Phnom Penh, zugänglich zu machen. Aufgrund der Tatsache, dass die Interviews anonym durchgeführt wurden, war es nicht möglich, die betroffenen Frauen persönlich über die Ergebnisse in Kenntnis zu setzen.

Im April 2007 wurden diese jedoch von der Autorin im Rahmen eines dissemination workshops vor einem Gremium aus einer Vielzahl der interviewten Expertinnen und Experten und weiterer Vertreterinnen und Vertreter relevanter Institutionen und Organisationen, vorgestellt und mit ihnen darüber diskutiert. Dies wiederum hat für die Interpretation der Daten noch einmal wertvolle Hinweise geliefert und nicht zuletzt half der erneute Einblick in die gesundheits- und entwicklungspolitische Praxis bei der Formulierung des Diskussionsteils. Dieser bidirektionale Anspruch – einerseits ein bestimmtes Phänomen wissenschaftlich zu erforschen und andererseits die gewonnenen Erkenntnisse den „Praktikerinnen und Praktikern“ zur Verfügung zu stellen – war nicht immer unproblematisch. Die Tatsache, dass ein zeitnahe Verfügbarmachen relevanter Informationen oft nicht möglich war, da keine unausgereiften Erkenntnisse, die wissenschaftlichen Ansprüchen nicht genügen, weiter gegeben werden sollten, ist hier vor allem zu nennen. Bestimmte Ergebnisse erreichen die Praxis aus diesem Grund sicherlich verspätet, wenn nicht gar zu spät. Der Anspruch, wissenschaftlich fundiertes Wis-

---

<sup>439</sup> Je nach Situation wurde die Autorin dabei als ältere (bong srey) oder jüngere Schwester (*p'oun srey*) bezeichnet.

sen auch im Sinne einer Unterstützung der Praxis weiterzugeben und sie damit indirekt auch den interviewten Frauen zugute kommen zu lassen, bleibt davon jedoch unberührt.

## VI. Darstellung des Samples

Vor der Darstellung der Forschungsergebnisse werden zunächst die Interviewpartnerinnen, deren Aussagen das zentrale Datenmaterial der vorliegenden Studie bilden, vorgestellt. Zu Beginn jedes Interviews wurde den Interviewpartnerinnen ein Kurzfragebogen vorgelegt, der zentrale sozio-ökonomische Daten sowie eine kurze geburtshilfliche Anamnese erfasste. Zur Beurteilung der Repräsentativität des Samples werden seine Charakteristika - soweit Vergleichsdaten vorliegen - mit den Daten aus dem Cambodia Demographic and Health Survey 2005<sup>440</sup> verglichen.

### 1. Demographische und sozio-ökonomische Charakteristika der Interviewpartnerinnen

Zunächst wurden die Interviewpartnerinnen nach ihrem Alter, ihrer ethnischen Zugehörigkeit, ihrer Religionszugehörigkeit, dem Zweck ihres Klinikbesuches, ihrem formalen Bildungsniveau und ihrem derzeit ausgeübten Beruf gefragt.

Alle interviewten Frauen bezeichneten sich selbst als Khmer und Buddhistinnen.

Die folgende Tabelle zeigt die Altersstruktur der Befragten und den Zweck ihres Klinikbesuchs.

<b>Zweck des Klinikbesuchs</b>	<b>Median in Jahren</b>	<b>Range - (in Jahren)</b>	<b>Range + (in Jahren)</b>	<b>n (%)</b>
Schwangerenvorsorge	25	18	33	16 (40)
Entbindung/Wochenbett	29,5	19	41	17 (42,5)
Anderer	36	25	44	7 (17,5)
<b>Gesamt</b>	<b>28,33</b>	<b>18</b>	<b>44</b>	<b>40 (100)</b>

Tabelle 2: Altersstruktur der Interviewpartnerinnen und Zweck ihres Klinikbesuchs

Insgesamt sind die Befragten, die zum Zwecke der Schwangerenvorsorge in die Einrichtungen kommen, jünger als die Wöchnerinnen und diese wiederum im Durchschnitt 6,5 Jahre jünger als die Gruppe der Anderen, die zu verschiedenen gynäkologischen Untersuchungen die Kliniken aufsuchen.

<sup>440</sup> Vgl. NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2007). Einschränkend muss jedoch angemerkt werden, dass die Datenbasis des CDHS häufig eine andere war, als sie für die vorliegende Studie verwendet wurde. Zudem sind in diesem Survey viele Mängel z.B. hinsichtlich des Zusammenzählens von Prozentzahlen festzustellen, so dass die Qualität der Daten als nicht einwandfrei zu bezeichnen ist. Dennoch ermöglicht dieser Vergleich eine grobe Beurteilung der Daten des Studiensamples hinsichtlich einiger wesentlicher demographischer, sozio-ökonomischer und geburtshilflicher Charakteristika.

27 der Interviewpartnerinnen (67,5%) haben ihren Wohnsitz in der Hauptstadt Phnom Penh. Entsprechend kommen 13 Befragte (32,5%) aus anderen Provinzen Kambodschas<sup>441</sup>. Dies sind im Einzelnen (in Klammern die Anzahl der Interviewpartnerinnen, die aus diesen Provinzen kommen): Kandal (6), Banteay Meanchey (2), Kampong Chnang (1), Kampong Thom (1), Kampot (1), Kratie (1) und Prey Veng (1). Alle Frauen, die nicht aus Phnom Penh kommen, geben an, sie wohnten in einer Stadt und nicht in einem Dorf. Sie werden deshalb hier als „urban“ eingestuft. 38 Befragte (95%) sind verheiratet, zwei (5%) sind verwitwet.

Tabelle 3 zeigt das formale Bildungsniveau der Interviewpartnerinnen, das entsprechend des ISCED-Standards der UNESCO klassifiziert wurde<sup>442</sup>.

Anzahl Schuljahre (ISCED-Level )	Anzahl der Befragten, die Kategorie nennt	% der Befragten, die Kategorie nennt (n=40)	% der Befragten im CDHS 2005, die Kategorie nennt <sup>443</sup>
0-3 (Level 1 nicht abgeschlossen)	14	35	42,5
4-6 (Level 1 abgeschlossen)	7	17,5	9,2
7-9 (Level 2 abgeschlossen oder nicht abgeschlossen)	14	35	35,2
10 (Level 3 abgeschlossen)	3	7,5	6,8
Bachelor-Studium (Level 5, noch nicht abgeschlossen)	2	5	6,3
<b>Gesamt</b>	<b>40</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Tabelle 3: Formales Bildungsniveau der Interviewpartnerinnen

Die Interviewpartnerinnen sind demnach in ihrer Gesamtheit gebildeter als der Landesdurchschnitt in Kambodscha. Im Vergleich zu den Angaben im aktuellen Demographic and Health Survey von 2005 bezüglich Phnom Penh, entspricht das Bildungsniveau in etwa dem weiblichen Bevölkerungsdurchschnitt in der Hauptstadt<sup>444</sup>: Das mediane Bildungsniveau liegt dabei bei 5,9 Jahre, die Vertreterinnen des Samples sind durchschnittlich 6,0 Jahre zur Schule gegangen. Differenzen ergeben sich auf der untersten Bildungsstufe, hier ist das Sample insgesamt als geringfügig gebildeter anzusehen, als der Durchschnitt. Aufgrund unterschiedlicher

<sup>441</sup> Dabei leben drei ANC-Klientinnen und drei Wöchnerinnen nicht in Phnom Penh.

<sup>442</sup> Vgl. UNESCO (1997).

<sup>443</sup> Vgl. NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2007): 72. Es ist zu beachten, dass diese Angaben nur Näherungswerte darstellen, da die Skalierung im CDHS nicht dem internationalen ISCED-Level entspricht. Weiterhin beziehen sich die Angaben auf alle Frauen in Kambodscha und sind nicht spezifisch für die weibliche Bevölkerung in Phnom Penh.

<sup>444</sup> Vgl. NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2007): 5.



Klassifikations- und Skalierungsverfahren in der vorliegenden Studie und im CDHS, kann jedoch zumindest von einer annähernden Repräsentativität der weiblichen Bevölkerung der Stadt, hinsichtlich des Bildungsniveaus, durch das vorliegende Sample ausgegangen werden. Die nachfolgende Tabelle zeigt als nächstes Merkmal der Befragten, deren ausgeübte Berufe.

<b>Ausgeübter Beruf</b>	<b>Anzahl der Befragten, die Kategorie nennt</b>	<b>% der Befragten, die Kategorie nennt</b>
Verkäuferin, davon:	18	45
auf dem Markt, auf der Straße	10	25
vor dem Haus	5	12,5
im eigenen Geschäft	3	7,5
Hausfrau	11	27,5
Textilfabrikarbeiterin	5	12,5
Schneiderin	2	5,0
Sonstige <sup>445</sup>	4	10,0
<b>Gesamt</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Tabelle 4: Ausgeübter Beruf der Interviewpartnerinnen

Demnach ist eine Interviewpartnerin (2,5%) im primären Sektor beschäftigt, fünf Befragte (12,5%) gehen ihrer Arbeit im sekundären Sektor nach, 22 (55%) im tertiären Sektor.

Eine Befragte befindet sich noch in der universitären Ausbildung und 11 (27,5%) sind Hausfrauen. Ein Vergleich dieser Daten mit den Erkenntnissen aus dem aktuellen Demographic and Health Survey ist problematisch, da die dort abgefragten Kategorien andere sind und beispielsweise die Kategorie der Hausfrau fehlt. Als grobe Annäherung kann jedoch festgehalten werden, dass 68,6% der weiblichen Bevölkerung in Phnom Penh im tertiären, 22,9% im sekundären und 7,2% im primären Sektor beschäftigt sind<sup>446</sup>. Proportional gesehen entspricht die berufliche Verteilung im Sample also in etwa der in der weiblichen Durchschnittsbevölkerung, wobei der sekundäre Sektor vermehrt repräsentiert und der tertiäre Sektor demgegenüber etwas unterrepräsentiert erscheint, was sich auf die Tatsache zurück führen lassen könnte, dass ein knappes Drittel des Samples nicht in Phnom Penh lebt und aus diesem Grund andere Berufsgruppen vermehrt repräsentiert sind.

Um eine grobe Orientierung über den ökonomischen Status der Befragten zu erhalten, wurde ein entsprechender Index gebildet. Zu diesem Zweck wurden „physical indicators of house

<sup>445</sup> Die unter „Sonstige“ aufgeführten Berufe umfassen eine Studentin, eine Ministerialbeamtin, eine Bäuerin sowie eine Angestellte an einer Tankstelle.

<sup>446</sup> Alle Daten sind entnommen aus: NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2007): 81. Die Daten von 1,3% der Frauen gelten als „missing“.

quality“ erhoben, „(which) are useful as an approximate measure of socioeconomic status.“ (PELTO, PELTO (1996): 282). Diese Qualitätsmerkmale der Unterkünfte der Frauen umfassen dabei die Materialien von Dach und Boden sowie die Anzahl der Räume und die Anzahl der in diesen Räumen wohnenden Personen. Zusätzlich wurden die Anzahl der Mahlzeiten, die die Frauen pro Tag essen, zu Beginn der Interviews erhoben. Den verschiedenen Ausprägungen der Indikatoren wurden Punkte auf einer Skala von -1 (arm)/ 0 (nicht arm/nicht wohlhabend) / +1 (wohlhabend) zugeordnet und anschließend zusammen gezählt<sup>447</sup>. Die sich hieraus ergebenden Punkte wurden als grober Richtwert zur Einordnung der Frauen als arm oder nicht-arm genutzt<sup>448</sup>. Weiterhin flossen – insbesondere bei nicht eindeutigen Punktwerten - Aspekte der teilnehmenden Beobachtung, die in den Post-Skripta zu den Interviews notiert worden waren, in die Klassifikation ein: Beurteilung von Allgemein- und Ernährungszustand, Zustand der Kleidung, eigene Aussagen der Interviewten bezüglich ihres ökonomischen Status sowie die Überprüfung, ob die Frauen von den Krankenhausgebühren befreit worden sind, wurden neben den dargestellten Indikatoren berücksichtigt.

Bei aller Vorsicht, mit der diese erste grobe Einschätzung hinsichtlich der Genauigkeit und Differenziertheit der Daten zu betrachten ist, vermittelt sie jedoch einen Gesamteindruck des Samples hinsichtlich seiner sozio-ökonomischen Zusammensetzung<sup>449</sup>, welche in der nachfolgenden Tabelle dargestellt ist.

Status	Anzahl der Befragten	% der Befragten
Arm	24	60
weder arm noch wohlhabend	12	30
wohlhabend	4	10
<b>Gesamt</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Tabelle 5: Sozio-ökonomischer Status der Interviewpartnerinnen

<sup>447</sup> Die Ausprägungen der verschiedenen Indikatoren wurden wie folgt klassifiziert:

Boden: Fliesen: +1, Beton: 0, Holz: -1, Stroh: -1, unbefestigt: -1

Dach: Metall: +1, Ziegel: 0, Holz: -1, Stroh: -1

Anzahl der Personen je Raum: bis 2: +1, bis 4: 0, mehr als 4: -1

Anzahl der Mahlzeiten pro Tag: 3 und mehr: +1, 2: 0, weniger als 2: -1

<sup>448</sup> Dabei wurden Werte von -4 bis einschließlich -2 als arm, Werte von -1 bis einschließlich +1 als weder arm noch wohlhabend und Werte von +2 bis einschließlich +4 als wohlhabend klassifiziert.

<sup>449</sup> Ein Vergleich mit dem aktuellen Demographic and Health Survey ist dabei jedoch nicht möglich, da hier andere Daten zur Einschätzung des sozio-ökonomischen Status von Haushalten genutzt wurden, die über die Möglichkeiten dieser Studie hinaus gehen. Vgl. zur Konzeptionalisierung dieser Daten und zur Einstufung der Haushalte NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2007): 50ff. Eine Übersicht über mögliche Verfahrensweisen zur Messung des sozio-ökonomischen Status in Entwicklungsländern findet sich z.B. unter <http://go.worldbank.org/33CTPSVDC0> (20.11.2007).

## 2. Ergebnisse der geburtshilflichen Anamnese

Im Rahmen der vor den Interviews durchgeführten, kurzen geburtshilflichen Anamnese wurden die Anzahl der Schwangerschaften, der Zeitpunkt der letzten Geburt sowie die Anzahl der Schwangerenvorsorgen, die bis zum Zeitpunkt des Interviews in Anspruch genommen wurden, erfragt. Bei Multiparae, die zum Zeitpunkt des Interviews schwanger waren, wurden im Hinblick auf den letzten Indikator, die Daten zur letzten Schwangerschaft abgefragt. Bei Primiparae wurde zusätzlich gefragt, wie oft sie vor dem Entbindungstermin noch zur Schwangerenvorsorge gehen wollten.

Tabelle 6 zeigt zunächst die Anzahl der Schwangerschaften des gesamten Samples, Tabelle 7 stellt diese zusätzlich für die Gruppe der Schwangeren und Wöchnerinnen getrennt dar<sup>450</sup>.

<b>Median</b>	<b>Range -</b>	<b>Range +</b>	<b>Anzahl der Primiparae (%)</b>	<b>Anzahl der Multiparae (%)</b>
2,2	0	9	18 (45)	22 (55)

Tabelle 6: Anzahl der Schwangerschaften – gesamtes Sample

Im Vergleich mit der gesamten weiblichen Bevölkerung Phnom Penhs zeigt sich, dass die Frauen des Samples zum Zeitpunkt der Studie weniger Kinder haben: Die durchschnittliche Kinderanzahl für Frauen in Phnom Penh beträgt 2,5<sup>451</sup>. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass das Sample zu 45% Primiparae umfasst (vgl. Tabelle 6), so dass es wahrscheinlich ist, dass sich deren Kinderzahl noch erhöhen wird.

<b>Median</b>	<b>Range -</b>	<b>Range +</b>	<b>Anzahl der Primiparae (%)</b>	<b>Anzahl der Multiparae (%)</b>
1,9	0	9	18 (ca. 55,5%)	15 (ca. 45,5)

Tabelle 7: Anzahl der Schwangerschaften – Schwangere und Wöchnerinnen

10 Interviewpartnerinnen (25%) haben ihr letztes Kind zwischen 2002 und 2004 entbunden, 30 (75%) im Jahr 2005, womit bei allen Befragten eine relative zeitliche Nähe zur letzten

<sup>450</sup> Diese getrennte Darstellung trägt der Tatsache Rechnung, dass die Frauen, die zu verschiedenen gynäkologischen Untersuchungen in die Kliniken kamen, im Durchschnitt älter sind und mehr Kinder haben, als die beiden andere Gruppen.

<sup>451</sup> NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2007): 91.

Schwangerschaft und damit zu einer möglichst zeitnahen Rekonstruktion der Erfahrungen und Vorstellungen dieser Zeit, sicher gestellt werden konnte.

Die Anzahl der Schwangerenvorsorgen, die von den Befragten in ihrer aktuellen (Primiparae) oder letzten Schwangerschaft (Multiparae) in Anspruch genommen wurden, stellt die nachfolgende Tabelle dar.

Anzahl der Schwangerenvorsorgen	Anzahl der Befragten, die Kategorie nennt	Anzahl der Befragten in % (n=40), die Kategorie nennt
0	7	17,5
1	6	15,0
2	9	22,5
3	5	12,5
4	3	7,5
5	5	12,5
6	3	7,5
8	1	2,5
10	1	2,5
<b>Gesamt</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Tabelle 8: Anzahl der von den Befragten in Anspruch genommenen Schwangerenvorsorgen

Die mediane Anzahl der Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge ist mit 3,8 Mal je Befragter relativ hoch. Einschränken muss hinsichtlich dieser Zahlen angemerkt werden, dass sie für die befragten Primiparae (n=18) nur eine Momentaufnahme sein können. Fast<sup>452</sup> alle gaben an, mindestens noch einmal vor der Entbindung zur Schwangerenvorsorge gehen zu wollen.

Die Vergleichbarkeit mit den Zahlen aus dem Demographic and Health Survey 2005 ist auch im Hinblick auf die durchschnittliche Anzahl der Schwangerenvorsorgen, die von den betroffenen Frauen in Anspruch genommen wird, schwierig, da die Zahlen zu undifferenziert sind und nicht spezifisch für Phnom Penh, sondern lediglich für urbane Zentren in Kambodscha erhoben wurden. Einen groben Vergleich zeigt die nachfolgende Tabelle.

<sup>452</sup> Zwei Frauen, eine im 8. und eine im 9. Monat ihrer Schwangerschaft gaben an, zum Zeitpunkt des Interviews das letzte Mal vor der Entbindung zu den Vorsorgeuntersuchungen gegangen zu sein.

Anzahl der in Anspruch genommenen Schwangerenvorsorgen je Schwangerschaft	Prozent der im urbanen Raum Kambodschas lebenden Frauen (entsprechend CDHS 2005) <sup>453</sup>	Prozent des Samples
0	19,3	17,5
1	8,4	15,0
2-3	28,5	45,0
4 und mehr	43,2	32,5

Tabelle 9: Anzahl der von urbanen Frauen in Anspruch genommenen Schwangerenvorsorgen<sup>454</sup>

Insgesamt finden sich in der Gruppe, die mindestens eine und höchstens drei Schwangerenvorsorgen in Anspruch genommen hat, im Sample 60,0% aller Befragten, jedoch nur 36,9 im CDHS. Dies ist möglicherweise zum einen Ausdruck des Settings, in dem die Studie durchgeführt wurde: Befragt wurden nur Frauen, die eine Einrichtung aufsuchten, die Schwangerenvorsorge auf regelmäßiger Basis anbietet. Aus diesem Grund ist es wahrscheinlich, dass ein Bias in Bezug auf die Frauen besteht, die sowieso tendenziell diese schulmedizinische Art der Prävention während der Schwangerschaft in Anspruch nehmen. Zum anderen können die niedrigeren Zahlen in der Gruppe, die vier und mehr Vorsorgen in Anspruch genommen hat, dahingehend erklärt werden, dass eine große Anzahl an Primiparae interviewt wurde, die sich teilweise noch im ersten oder zweiten Trimenon ihrer Schwangerschaft befanden. Hier ist anzunehmen, dass sich die Zahlen in der letzten Kategorie noch weiter erhöhen werden.

### **3. Zusammenfassende Bewertung des Samples**

Insgesamt ist hinsichtlich der Zusammensetzung des Samples gültig, was BURY et al. im Phnom Penh Intra-Urban Health Survey über urbane Populationen im Allgemeinen festhalten:

„(U)rban populations are actually quite diverse in their health, socio-economic and demographic characteristics and (...) intra-urban differentials are essential components of health and population research in urban areas.“ (BURY et al. (2001): 4)

Die angesprochenen Diversitäten konnten im vorliegenden Sample für die Indikatoren Alter, Bildung, berufliche Tätigkeit, ökonomischer Status sowie in Bezug auf die geburtshilfliche Anamnese dargestellt werden. Auch die Tatsache, dass ein knappes Drittel der Befragten

<sup>453</sup> Zahlen aus NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2007): 167. Die auf 100% fehlenden 0,4% bleiben im CDHS unkommentiert.

<sup>454</sup> Angelehnt an: NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2007): 139.

nicht in Phnom Penh wohnt, macht die Diversität der untersuchten Klinikpopulation in der Hauptstadt deutlich.

Die Zusammensetzung spiegelt hinsichtlich der Kriterien Bildung und berufliche Tätigkeit in etwa die weibliche Bevölkerung Phnom Penhs wieder, wobei hier zu beachten ist, dass das Sample zu etwa einem Drittel auch Frauen aus anderen Landesteilen umfasst.

In Bezug auf die ökonomische Situation der Interviewpartnerinnen konnte ein Vergleich mit der Gesamtbevölkerung der Hauptstadt nicht erfolgen, hier war lediglich eine erste grobe Annäherung möglich. Im Hinblick auf die geburtshilfliche Anamnese bleibt festzuhalten, dass das Sample der Studie insgesamt weniger Kinder sowie zum Zeitpunkt der Studie eine höhere Anzahl an Schwangerenvorsorgen in Anspruch genommen hat, als der Durchschnitt der Frauen in Phnom Penh.

## **VII. Ergebnisse und Diskussion**

Nach dem nun das untersuchte Sample dargestellt wurde, werden im folgenden Kapitel die Ergebnisse, die eingebettet in die im Kapitel II ausgeführten internationalen und nationalen Rahmenbedingungen zu sehen sind, dargestellt und diskutiert.

Zunächst werden dabei Vorstellungen der Interviewten hinsichtlich einer physiologisch verlaufenden Schwangerschaft untersucht und insbesondere die Inhalte und Dimensionen subjektiver Gesundheitsvorstellungen während dieser Periode herausgearbeitet. Daran anschließend werden Aussagen der Frauen zu individuellen, gesundheitsförderlichen und präventiven Aktivitäten zum Erhalt der Gesundheit und zur Sicherstellung eines normalen Geburtsverlaufes näher betrachtet. Risikovorstellungen in der Schwangerschaft, deren Ausprägungen, Inhalte und subjektiven Beurteilungen sowie (daraus) resultierende Verhaltensweisen, zur Vermeidung von Risiken, stehen hiernach im Mittelpunkt der Darstellung. Der staatlichen Schwangervorsorge sind die darauf folgenden Ausführungen gewidmet, wobei die subjektiven Vorstellungen der Interviewpartnerinnen bezüglich Bedeutung und Nutzen der Inanspruchnahme dieser Vorsorgeleistung sowie Aspekte der subjektiv wahrgenommenen Versorgungssituation und Probleme bei der Inanspruchnahme von Seiten der Frauen, im Zentrum der Ausführungen stehen. Abschließend werden die, von den Interviewten ausgesprochenen, Empfehlungen hinsichtlich einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Schwangeren in Kambodscha dargestellt und analysiert. Im Anschluss an jedes Unterkapitel erfolgt die Diskussion der dargestellten Ergebnisse, die in Kapitel VIII - im Rahmen einer Abschlussdiskussion - noch einmal zusammenfassend bewertet werden.

Die Rekonstruktion der subjektiven Vorstellungen und Konzepte, deren Inhalte und Dimensionen sowie der Entscheidungen und Hintergründe bezüglich gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen, wird unter Einbeziehung von Zitaten aus den Interviews beschrieben. Diese haben weniger die Funktion von Belegen; vielmehr dienen sie in erster Linie dazu, das Spektrum der Konzepte, die aus dem Datenmaterial entwickelt wurden, zu illustrieren oder auch Widersprüchlichkeiten, Unklarheiten und Ambiguitäten beispielhaft zu veranschaulichen. Sie spiegeln selbstverständlich nicht alle Stellen wieder, aus denen diese Konzepte hergeleitet wurden. In erster Linie sollen sie einen Eindruck über die qualitativen Ausprägungen der einzelnen Kategorien vermitteln, die als idealtypische Konstruktionen zu verstehen sind, deren Basis die einzelnen Interviews bilden. In Kauf genommen werden hierbei eine manchmal fehlende Trennschärfe und eine unvollständige Repräsentation; zudem kann die Gleichwertigkeit und Gleichzeitigkeit verschiedener Kategorien sowie die Dynamik und der prozesshafte Charakter der subjektiven Vorstellungen nicht immer abgebildet werden.

## **1. Die physiologisch verlaufende Schwangerschaft**

In den problemzentrierten Interviews wurden Vorstellungen und Erfahrungen einer physiologisch, d.h. gesund verlaufenden Schwangerschaft und den daraus resultierenden Veränderungen, erhoben, indem die Interviewpartnerinnen gebeten wurden, über ihre Erfahrungen in der aktuellen bzw. letzten Schwangerschaft zu berichten. Erkenntnisleitende Fragestellungen waren hierbei: Welche subjektiven Vorstellungen existieren und welches sind die sie bestimmenden Faktoren? Welche gesundheitsrelevanten Aspekte werden wahrgenommen und als wichtig erachtet? Werden Wirkungszusammenhänge zwischen eigenem (präventivem) Handeln und Gesundheit perzipiert?<sup>455</sup>

### **1.1 Physiologische Veränderungen**

Viele Interviewpartnerinnen beginnen ihre Ausführungen zu einer normalen, d.h. gesund verlaufenden Schwangerschaft mit den physiologischen Veränderungen, die sie im Rahmen ihrer bestehenden oder letzten Schwangerschaft beobachtet bzw. von denen sie gehört haben. Tabelle 10 stellt diese Veränderungen dar.

<b>Art der Veränderung</b>	<b>Anzahl der Befragten, die Kategorie nennt (n = 40)</b>	<b>Prozent der Befragten, die Kategorie nennt (n = 40)</b>
Essgewohnheiten	26	65,0
Gefühl von Normalität / keine Veränderungen	19	47,5
Sistieren der Menstruation	17	42,5
Müdigkeit / Schwäche	11	27,5
Erbrechen, Schwindel, Atemprobleme	10	25,0

Tabelle 10: Physiologische Veränderungen in der Schwangerschaft (Mehrfachnennungen möglich)

#### *Veränderungen im Essverhalten*

Etwa zwei Drittel der befragten Frauen (65,0%) gibt Veränderungen im Essverhalten im Rahmen ihrer Schwangerschaft an. Dabei handelt es sich sowohl um quantitative wie auch quali-

<sup>455</sup> Dieser Fragenkomplex wurde aus zweierlei Gründen an den Anfang der Interviews gestellt: Zum einen stellte sich in den Pilotinterviews, in denen diese Frage nicht auftauchte, heraus, dass die Interviewten ungern bereits zu Beginn über Risiken und Gesundheitsstörungen in der Schwangerschaft sprachen. Analysen dieses Phänomens, zusammen mit der Feldforschungsassistentin, ergaben, dass viele Khmer nicht über Unglück oder Gefahren, welche die eigene Gesundheit betreffen, sprechen, aus Angst diese könnten dann wahr werden. Aus diesem Grund wurden die u.U. beängstigenden Fragen zu einem späteren Zeitpunkt gestellt und der Fragenkomplex zur normal verlaufenden Schwangerschaft an den Beginn gestellt, so dass die Interviewpartnerinnen Zeit hatten, sich an die ungewohnte Interviewsituation zu gewöhnen und damit auch Ängste abzubauen. Zum anderen erwies sich dieser Fragenkomplex als aufschlussreich zur Abgrenzung als normal wahrgenommener Phänomene gegenüber Risiken in der Schwangerschaft.



tative Veränderungen. Quantitative Veränderungen betreffen die Menge der Nahrungsaufnahme. 11 der Befragten (27,5%) geben an, sie würden mehr essen.

*„I ate more than before [I was pregnant]. I wanted to eat everything I saw and I ate one dish of rice and I did not feel any rice in my stomach. I always wanted to eat more and more.”*  
(S2, 25 Jahre, 2. Schwangerschaft, 7. Monat)<sup>456</sup>

15 Frauen (37,5%) geben hingegen an, sie würden in der Schwangerschaft weniger essen. Insbesondere im ersten Trimenon seien sie nicht hungrig, fühlten sich zu schwach um zu essen oder litten unter Übelkeit und Erbrechen, woraus sich eine geringere Nahrungsaufnahme ergäbe. Diese Veränderungen im Essverhalten werden meist nicht isoliert, sondern im Zusammenhang mit verschiedenen, schwangerschaftsbedingten Veränderungen und leichteren Beschwerden genannt.

*„At the beginning you cannot eat, you are very tired and you vomit. When you are weak (k’sao-ee) you cannot eat and you get dizzy when walking, but you also get shivering. (...) And I experienced all of these [symptoms] myself.”* (S7, 25 Jahre, 2. Schwangerschaft, 4. Monat)

Meist wird das ungeborene Kind als Grund für diese Veränderungen im Essverhalten genannt, wobei keine genauen Mechanismen hierfür angegeben werden können.

*„The baby in my belly makes me hungry, that’s why I eat more than before.”*  
(S9, 32 Jahre, 1. Schwangerschaft, 9. Monat)

Aber auch qualitative Veränderungen im Essverhalten werden von den Frauen bemerkt. Insbesondere Bevorzugung von oder Abneigungen gegen bestimmte Geschmacksqualitäten werden hierbei erwähnt.

*„I ate more than before. This baby made me wanting to eat sour food. But some babies they do not want to eat sour food, (...) like for example mango or tamarind. (...) I never felt like this before I have been pregnant. But when I got pregnant, I wanted these things, so I think the baby made me to want them.”* (S35, 31 Jahre, 3 Schwangerschaften, Entbindung)

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nennen die Frauen Vorlieben des ungeborenen Kindes als Erklärung für diese qualitativen Veränderungen des Essverhaltens.

---

<sup>456</sup> Wortwörtliche Zitate aus den Interviews sind in Anführungszeichen kursiv gedruckt. Sie sind zudem mit dem Code der Interviewpartnerin, deren Alter, Anzahl der Schwangerschaften bzw. im Falle von Wöchnerinnen oder gynäkologischen Patientinnen mit „Entbindung“ oder „gynäkologische Untersuchung“ sowie evtl. Schwangerschaftsmonat, gekennzeichnet. Einzelne Begriffe im Khmer wurden dann eingefügt, wenn aus Sicht der Übersetzerin keine adäquate oder vollständige Übersetzung ins Englische möglich war. Sie sind ebenfalls kursiv wieder gegeben. Grammatikalische Fehler im Englischen wurden nur dann korrigiert, wenn sie eine Unverständlichkeit der Aussage zur Folge hatten.

### *Gefühl von Normalität / keine Veränderungen*

47,5 % der befragten Frauen (n = 19) geben an, sie hätten keine Veränderungen bemerkt oder sich genau so gefühlt wie vor der Schwangerschaft. Sie hätte wie sonst auch ihren Alltag bewältigen können. Betont wird in all diesen Aussagen, dass das Gefühl bzw. der Zustand der Normalität (*thoa madaa*) durch die Abwesenheit eines Krankheitsgefühls bestimmt sei.

*„I did not feel sick and I could do everything as usual.“*  
(S4, 20 Jahre, 1. Schwangerschaft, 6. Monat)

*„The signs of a normal pregnancy are that there is no pain and the body functions like before.“*  
(S6, 18 Jahre, 1. Schwangerschaft, 8. Monat)

Interessanterweise beschreiben einige Frauen, die zu einem späteren Zeitpunkt des Interviews Müdigkeit und Schwäche als Probleme in der Schwangerschaft ausführen, zu Beginn des Interviews, sie hätten keinerlei Veränderungen verspürt.

### *Sistieren der Menstruation*

Das Sistieren der Menstruation bei einer verheirateten Frau wird als Zeichen der Schwangerschaft gedeutet und von 42,5% (n = 17) der Befragten als physiologische Veränderung im Rahmen der Schwangerschaft genannt. Vielfach gilt es als erstes Anzeichen für die Schwangerschaft.

*„My monthly period is not regular. Sometimes it is late for 2 weeks. But this time my monthly period disappeared for about 3 weeks and I suspected that I might be pregnant. That's how I know that I am pregnant. So if it stops it is like the first sign of pregnancy.“*  
(S19, 27 Jahre, 1. Schwangerschaft, unbekannter Monat)

### *Müdigkeit / Schwäche, Krankheitsgefühl, Erbrechen, Schwindel, Atemprobleme*

Müdigkeit und Schwäche sowie ein allgemeines Krankheitsgefühl werden von 11 Interviewpartnerinnen (27,5%) als physiologische Veränderungen im Rahmen einer Schwangerschaft genannt; Erbrechen, Schwindel (*vel moukh*) und Atemprobleme von 25% (n = 10) der Befragten. Häufig werden diese Probleme nach und nach im Laufe des Interviews genannt und als unangenehm, aber normal (*thoa madaa*) empfunden.

*„Women have different things to notice that they are pregnant. With my first child, in the afternoon I always felt sleepy and I always slept in the afternoon. Until I got a cold and then I was thinking that maybe I could be pregnant. (...) Because the first sign was that I was so sleepy and it was confirmed by getting a cold.(...) And not only a cold, I also felt very bad, very weak (*k'saoee*) and I started thinking that I am pregnant.“*  
(S17, 32 Jahre, 4 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

Insbesondere die als arm klassifizierten Frauen bringen diese Beschwerden mit ihrer ökonomischen Situation in einen kausalen Zusammenhang, wobei der Mangel an adäquater Nahrung im Mittelpunkt der Begründung steht.

*„I feel very weak (k'saoee) and tired, especially as I live in a rural area. I do not have enough food to eat. I don't have money. No fruit, no vegetables, so the body is even weaker. And the first three months I felt very sick, all the time, but I did not see a doctor.“*  
(S10, 40 Jahre, 3 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

Insgesamt lässt sich konstatieren, dass die, an dieser Stelle getrennt dargestellten Punkte, alle oder teilweise bei der Frage nach den physiologischen Veränderungen in der Schwangerschaft zusammen genannt werden. Dabei werden diese sowohl als Anzeichen bzw. Erkennungsmerkmale einer Schwangerschaft als auch als deren Ausdruck wahr genommen.

*„If the monthly period disappears and the body changes like I feel tired and weak (k'saoee), when I start not to like certain things, then I can define that I am pregnant.“*  
(S10, 40 Jahre, 3 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

*„I am very weak (k'saoee), my monthly period disappears, I have difficulties to breath and I feel different from when I was not pregnant. It is not the same like before, I feel tired, I cannot eat a lot and I cannot breathe very well.“* (S5, 33 Jahre, 1. Schwangerschaft, 2. Monat)

## **1.2 Anatomische und physiologische Konzepte**

Den genannten physiologischen Veränderungen in der Schwangerschaft liegen komplexe anatomische Konzepte zugrunde, die in den Interviews größtenteils jedoch nur fragmentarisch zum Ausdruck kommen. An dieser Stelle sollen dennoch die wichtigsten Punkte dargestellt und analysiert werden, da sie für das Verständnis der Risikovorstellungen der befragten Frauen von Bedeutung sind.

Das ungeborene Kind, so die universelle Vorstellung, befindet sich im mütterlichen Körper, wobei die korrekte anatomische Lage, d.h. im Uterus der Frau, nur von 22,5% der Befragten (n = 9) angegeben werden kann. Die meisten Interviewpartnerinnen beschreiben, dass sich das Kind im Bauch der Mutter befände. Es habe die Nabelschnur im Mund und werde darüber vollständig von der Mutter mit Nahrung sowie mit Sauerstoff versorgt.

*„The baby is connected to the cord. It sucks the cord with its mouth. And the cord is also connected to the mother. To the mother's belly button.“*  
(S28, 21 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Während hierüber Einigkeit bei den Befragten besteht, wird die Frage, wo das andere Ende der Nabelschnur lokalisiert sei, in den Interviews sehr unterschiedlich beantwortet. Einige Frauen wissen hierauf überhaupt keine Antwort und geben an, sich darüber noch nie Gedan-

ken gemacht zu haben. Andere antworten, die Nabelschnur reiche vom Mund des Kindes in die Vagina der Mutter oder zu ihrem Bauchnabel, wie die obige Aussage es beschreibt. Sieben Interviewpartnerinnen (= 17,5%) beschreiben ein Stück Fleisch, das sich ebenfalls im Bauch der Mutter befände, an dem die Nabelschnur befestigt sei. Erwartungsgemäß sind diese Frauen alle Multiparae. Es kann deshalb vermutet werden, dass sie bereits einmal selbst gesehen haben, dass die Nabelschnur mit der Plazenta verbunden ist.

Im ersten Trimenon wird das Ungeborene als Klumpen aus Fleisch und Blut beschrieben, der sich im Mutterleib befindet. Erst mit dem Beginn des zweiten Trimenons – die Angaben der Frauen schwanken hier zwischen dem vierten und fünften Monat – entwickelt das Kind eine menschliche Gestalt mit Armen und Beinen.

*„At first there is some blood [inside the mother’s belly], and this blood forms the baby. And in the early months of pregnancy it has not yet formed the body. The baby is just like a piece of meat then. The first months it has a shape like this [S 38 formt eine runde Masse mit den Händen]. And in the fourth month the baby is completely formed but small. I know this, because in the fourth month a woman can go for ultrasound and they know if the baby is a boy or a girl.” (S38, 22 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)*

Von übergreifender Bedeutung für die in den Interviews ausgeführten anatomischen Konzepte ist die Tatsache, dass Mutter und ungeborenes Kind als Einheit wahr genommen werden: Alles was die Mutter macht, macht gleichzeitig auch der Fötus. Dies kann wortwörtlich verstanden werden.

*„(...) [W]hen the mother (...) is working hard, the baby is also working hard, that’s why the baby can come before the due date.“ (S27, 39 Jahre, 4 Schwangerschaften, Entbindung)*

Das ungeborene Kind ist also den gleichen Anstrengungen ausgesetzt wie die Mutter. Ihre Handlungen wirken sich direkt auf das Ungeborene aus, was für die Entwicklung des Kindes fatal sein kann. Als Beispiel soll die nachfolgende Aussage genügen. Die verschiedenen Risikovorstellungen der interviewten Frauen, die auch das ungeborene Kind betreffen, werden in Kapitel VII.2 ausführlich dargestellt und analysiert.

*„A woman should not do heavy work while she is pregnant, like carrying water, breaking wood, because this affects the baby. Carrying water can cause miscarriage and breaking wood can cause a cleft lip and losing fingers. It is like what the mother does always affects the baby.” (S31, 41 Jahre, 9 Schwangerschaften, Entbindung)*

Auf ähnliche Weise beeinflusst auch das psychische Befinden der Mutter das Kind:

*„If the mother is happy, the baby is happy as well.“ (S5, 33 Jahre, 1. Schwangerschaft, 2. Monat)*

Die Einheit wird dabei als ambivalent beschrieben: Auf der einen Seite ist der Fötus hilflos und völlig von der Mutter und deren Handlungen abhängig. Auf der anderen Seite wird er von allen interviewten Frauen als der Mutter an Stärke überlegen dargestellt. „*The mother has to follow the baby*“, so drückt es eine 33-jährige Wöchnerin (S33) aus, die gerade ihr erstes Kind geboren hat. Die Mutter muss also den Bedürfnissen ihres ungeborenen Kindes folgen und führt damit gleichzeitig ein Leben für Zwei: Sie ist für die adäquate Versorgung des Fötus zuständig. Dieses Leben für Zwei wird besonders deutlich bei den Ausführungen der Interviewten zur Versorgung des Kindes im Mutterleib mit Nahrung und Sauerstoff.

*„I have to eat a lot of vegetables during pregnancy because they contain lots of good nutrients. And they are good for the baby. It sucks all these vegetables from the cord. It is just the same when I breathe. When I breathe I also breathe for the baby. So when I eat I also eat for the baby.”* (S40, 40 Jahre, 3 Schwangerschaften, Entbindung)

*“And the baby and the mother have only one way to breathe. It is like two bodies, but only one possibility to breathe in and out. Like the mother has to breathe for the baby as well and that’s why there is not so much oxygen left for the mother.”*  
(S38, 22 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Die Überlegenheit des ungeborenen Kindes gegenüber der Mutter hilft ihm dabei, auf diese Weise seine adäquate Versorgung sicher zu stellen; es sorgt so dafür, dass die Mutter sich den Bedürfnissen des Kindes entsprechend verhält.

*“Morning sickness. People say it is because the mother is weaker than the baby. And because the mother should not eat spoiled food in order not to harm the baby.”*  
(S38, 22 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Dabei wird die Stärke des Kindes entweder wie oben explizit als solche benannt oder in impliziten Aussagen angedeutet, und zwar in dem Sinne, dass das Kind im Mutterleib bestimmte Dinge verursachen kann, die Auswirkungen auf das Verhalten der Mutter haben. Häufig werden so Veränderungen im Essverhalten oder Schwangerschaftsbeschwerden wie Müdigkeit, Schwäche oder Erbrechen erklärt.

*„I felt that my eyes were so soft, they need to be closed. This came from the baby. The baby made me sleepy and sometimes the baby made me dizzy. I don’t know why the baby is able to do this. I also like pork, but the baby did not like it. All the time when I was pregnant, when I saw pork I started to feel like vomiting. It was because the baby did not like pork. And cigarettes I could not smell as well. And this was also because of the baby.”*  
(S15, 25 Jahre, 2 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

### **1.3 Schwangerschaftsbeschwerden**

Die im vorangegangenen Abschnitt bereits angedeuteten Beschwerden in der Schwangerschaft sind Thema des nun folgenden Kapitels. Im Gegensatz zu den weiter unten beschriebenen

nen Risiken, werden sie von den befragten Frauen als nicht pathologisch angesehen und als Begleiterscheinungen einer Schwangerschaft zwar als unangenehm, aber normal und ohne Risiken für Mutter und Kind bewertet.

In den Interviews lassen sich eine Vielzahl solcher Beschwerden finden<sup>457</sup>, einige wurden bereits in Kapitel VII.1.1, im Rahmen der Darstellung schwangerschaftsbedingter Veränderungen, erwähnt.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die von den befragten Frauen genannten Beschwerden und die Häufigkeit ihrer Nennung.

Beschwerden	Anzahl der Befragten, die Kategorie nennt (n = 40)	Prozent der Befragten, die Kategorie nennt (n = 40)
Übelkeit und Erbrechen	31	77,5
Schwäche, Müdigkeit	28	70,0
Abdominelle Schmerzen	18	45,0
Schwindel	18	45,0
Kopfschmerzen	13	32,5
Atemprobleme	12	30,0
Sonstige	6	15,0

Tabelle 11: Schwangerschaftsbeschwerden (Mehrfachnennungen möglich)

Alle Frauen, die die oben genannten Beschwerden nennen<sup>458</sup>, nehmen – mit Ausnahme von zwei Fällen – keinerlei medizinische Hilfe für diese in Anspruch. Vielmehr greifen die Frauen auf Maßnahmen der Selbsthilfe zurück: Ausruhen, spazieren gehen, Ablenkung, z.B. in Form von Hausarbeit sowie Abwarten, werden in diesem Zusammenhang erwähnt. Als Ursache für die Beschwerden gilt oft die Schwangerschaft selbst. Meist wird dies von den befragten Frauen spontan nicht weiter ausgeführt. Auf Nachfrage geben etwa die Hälfte der Interviewten an, sie wüssten hierzu nicht mehr zu sagen. Die andere Hälfte beschreibt, dass diese Beschwerden durch das ungeborene Kind verursacht seien, der genaue Mechanismus bleibt jedoch meist unklar. Im Falle einiger Beschwerden, wie z.B. abdominelle Schmerzen, können Handlungen der Schwangeren für deren Entstehen verantwortlich sein. Im Falle von Atemproblemen werden anatomische Konzepte zur Erklärung der Ätiologie der Beschwerden herangezogen.

Die am häufigsten genannten Symptome für Beschwerden in der Schwangerschaft sind Übelkeit und Erbrechen sowie Schwäche und Müdigkeit mit 77,5% bzw. 70%.

<sup>457</sup> Ohne Nachfrage wurden sie von den meisten Frauen nur kurz erwähnt, erst mit Hilfe von *probing* Fragen konnten Aspekte des klinischen Bildes, ätiologischer Vorstellungen sowie Maßnahmen der Selbsthilfe, im Falle solcher Beschwerden, eruiert werden.

<sup>458</sup> Insgesamt geben 8 der befragten Frauen (entspricht 20 %) an, sie hätten keinerlei Beschwerden in der Schwangerschaft gehabt.

*„I had a headache<sup>459</sup> and I could not see anything, everything was blurry. And then I sit and I have a pain in my stomach and my back. And when I had this, I just stood up and walked a little bit. It got better then. It was just a normal thing and it was because I was pregnant.”*  
(S7, 25 Jahre, 2 Schwangerschaften, 4. Monat)

*„Morning sickness is not dangerous. Some women have this for one month, some have it for two or some women have it for three months. Sometimes it stops then, but some women keep having this all the pregnancy period. But even then it is not dangerous, just a normal thing in pregnancy. And I don't know if there is anything which could be done against it. I myself just waited until it stopped by itself.”* (S16, 30 Jahre, 2 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

Auch abdominelle Schmerzen, die 45% der Befragten (n = 18) nennen, werden als normal im Rahmen der Schwangerschaft klassifiziert.

*„I had some abdominal pain in my pregnancy. Maybe it is normal and some people told me that for the first baby it is always like this.”* (S25, 21 Jahre, 1. Schwangerschaft, 9. Monat)

*„I had no problems in my pregnancy. Just some abdominal pain, because I sat for a long time. But no problem. After a while it stopped.”*  
(S10, 40 Jahre, 3 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

Ätiologische Erklärungen für abdominelle Schmerzen beziehen sich meist auf unvorsichtiges Verhalten der werdenden Mutter. Zu langes Sitzen oder Stehen, der Verzehr von zuvor noch nie gegessener Nahrung oder zu harte Arbeit, seien für diese Beschwerden verantwortlich.

Schwindel und Kopfschmerzen werden häufig gemeinsam genannt und von 45% (n = 18) bzw. 32,5 % (n = 13) der Befragten angeführt.

*„When I am pregnant, I am weaker than before, because I cannot eat and I have dizziness sometimes. This is because I am so tired, so I get dizzy. Then I just rest and after a while the dizziness stops.”* (S18, 25 Jahre, 1. Schwangerschaft, 7. Monat)

*„I have headaches, dizziness and nausea. (...) And sometimes I sit down and when I stand up again I cannot walk immediately after I went up. I have to stand there for a while and then I start to walk. If I do not do this I feel dizzy. I think that is a sign of pregnancy and that's why I think that I have to eat a lot to make me strong.”*  
(S19, 27 Jahre, 1. Schwangerschaft, unbekannter Monat)

Im Falle dieser Beschwerden werden von den Frauen Angaben zur Ätiologie gemacht, die oft aus zirkulären Schlüssen bestehen. Letztendlich wird meist die Schwangerschaft selbst bzw. das ungeborene Kind für die Beschwerden verantwortlich gemacht.

*„These headaches come, because I am so weak (k'saoee). My health in general, but it was not like this before I have been pregnant. But now it is almost every day that I have a headache and dizziness.”* (S7, 25 Jahre, 2. Schwangerschaft, 4. Monat)

---

<sup>459</sup> Der hier mit „Kopfschmerzen“ aus dem Khmer übersetzte Begriff *chhu kbal* wird auch in der Bedeutung von „Sorgen haben“ benutzt (vgl. hierzu auch CROCHET (2001a): 368).

*„These headaches cannot be stopped, because it is natural. Every pregnant woman has to face this.“* (S18, 25 Jahre, 1. Schwangerschaft, 7. Monat)

Die einzigen therapeutischen Maßnahmen, die die Frauen unternehmen, bestehen wiederum in Formen der Selbsthilfe, z.B. Ausruhen.

*“When I had a headache, I rested and drank some water. I heard that water can help to cure many diseases. Because if you have a lot of water in your body, you have to go to the toilet many times and the pain gets all out.”*

(S13, 39 Jahre, 2 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

Probleme beim Atmen werden von 12 Interviewpartnerinnen (30%) als schwangerschaftsassozierte Beschwerden genannt.

*„I felt weak (k’saoee) and I also could not breath very well. Because I had morning sickness and also because of the baby.“* (S38, 22 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Die Beschwerden werden als sehr unangenehm empfunden, jedoch als normal und typisch in der Schwangerschaft eingestuft. Die Befragten führen sie auf die veränderten anatomischen Bedingungen zurück, d.h. auf die Tatsache, dass die werdende Mutter für das ungeborene Kind isst und atmet, da dieses keine eigene Möglichkeit hierzu hat.

Sonstige genannte Schwangerschaftsbeschwerden (in Klammern die Anzahl der Nennungen) sind Ödeme an Armen und Beinen (2), muskuläre Krämpfe in den Beinen (2) und Obstipation (1). Ähnlich wie die anderen genannten Symptome, werden auch diese als normal empfunden.

#### **1.4 Unsicherheit und Mangel an Wissen**

Unabhängig von Alter, Parität, formalem Bildungsniveau oder ökonomischem Status lassen sich in 87,5% der Interviews (n=35) Aussagen finden, die ein z.T. hohes Ausmaß an Unsicherheit und mangelndem Wissen bezüglich Schwangerschaft im Allgemeinen erkennen lassen. Vor allem hinsichtlich der Ätiologie von Beschwerden, machen die Befragten entweder zirkuläre Argumente, sagen, dass sie es nicht wüssten oder erklären, eine andere Person<sup>460</sup> hätte ihnen über bestimmte Beschwerden erzählt, ohne jedoch weitere Erklärungen hierfür abzugeben.

*„I don’t know a lot, but I took care of myself when I was pregnant based on what the doctor told me and on what old people told me, like my mother and my grandmother. I just followed their advices.“* (S37, 27 Jahre, 2 Schwangerschaften, Entbindung)

Eine andere Erklärung, die von den Interviewpartnerinnen, die ihre erste Schwangerschaft erleben, für ihr mangelndes Wissen oder ausgeprägte Unsicherheit angeführt wird, ist, dass es

---

<sup>460</sup> Meist medizinisches Personal oder ältere, vertrauenswürdige Menschen.



das erste Mal sei, dass sie schwanger wären und sie somit über keinerlei Erfahrungen verfügten oder dass sie selbst keinerlei Probleme in der Schwangerschaft gehabt hätten.

*„I don't know a lot, because this is the first time that I am pregnant.”*  
(S2, 25 Jahre, 1. Schwangerschaft, 7. Monat)

*„I don't know what kind of problems a pregnant woman can have, because I never experienced any problems.“* (S4, 20 Jahre, 1. Schwangerschaft, 6. Monat)

Dies wird durch die Ausnahme, die den umgekehrten Fall repräsentiert, bestätigt: In den Fällen, in denen die Frauen selbst oder eine ihnen sehr nahestehende Person<sup>461</sup> Erfahrungen mit schwangerschaftsspezifischen Beschwerden gemacht haben, können sie ausführlichere Angaben, vor allem hinsichtlich der Ätiologie dieser Beschwerden, machen.

Viele Interviewpartnerinnen, in erster Linie die Gruppe der unter 25-jährigen sowie Nulliparae, äußern den Wunsch, diese Wissenslücken und die damit verbundene Unsicherheit zu schließen.

*„I want to have more information about certain topics in pregnancy. Like what I should eat to keep me away from sickness (toad).“* (S24, 28 Jahre, 4 Schwangerschaften, Entbindung)

## **1.5 Zusammenfassung und Diskussion**

Im Mittelpunkt der vorangegangenen Ausführungen stand die von den Interviewpartnerinnen als normal definierte, d.h. gesund verlaufende Schwangerschaft.

Zusammenfassend wird Schwangerschaft im Allgemeinen als ambivalentes Ereignis im Leben einer (verheirateten) Frau wahrgenommen. Einerseits ist es normal für eine Frau schwanger zu werden und ein Zustand, der, mit all seinen Unannehmlichkeiten und (gesundheitlichen) Einschränkungen, zum Leben dazu gehört. Andererseits machen die Interviewten gleichzeitig deutlich, dass eine Schwangerschaft auch eine vulnerable Zeit für die betreffende Frau bedeutet, mit einer Vielzahl an Veränderungen und gesundheitlichen Beschwerden für die werdende Mutter und das ungeborene Kind.

Diese ambivalente Wahrnehmung von Schwangerschaft wird auch in anderen Studien bestätigt. In Bezug auf Kambodscha schreibt WHITE hierzu:

*„Khmer women appear to view pregnancy as a normal state although a special and potentially fragile one.“* (WHITE (1996): 24.

---

<sup>461</sup> In den meisten Fällen handelt es sich hier um die Schwester.

NIGENDA et al. (2003) untersuchten in einer großen qualitativen Studie u.a. die Beurteilung von Schwangerschaft aus der Sicht der betroffenen Frauen auf Kuba, in Thailand, Saudi Arabien und Argentinien. Sie kommen zu dem Schluss, dass in allen vier Ländern

„pregnancy is seen as a special moment in the woman’s lifecycle where a specific type of care is needed“ (NIGENDA et al. (2003)).

Gleichzeitig ist eine Schwangerschaft jedoch auch

“a normal experience, which should not be regarded as a disease or a pathological state” (ebd.).

Dieser ambivalenten Vorstellung von Schwangerschaft liegen –wie gezeigt werden konnte - subjektive physiologische und anatomische Konzepte zugrunde, die im Rahmen der geführten Interviews jedoch nur ausschnitthaft eruiert werden konnten<sup>462</sup>. Besonders deutlich wurde in diesem Zusammenhang jedoch die Tatsache, dass die schwangere Frau und ihr ungeborenes Kind als Einheit wahr genommen werden, wobei der Fetus häufig als der stärkere Part dieser Einheit gilt. Das Konzept der Überlegenheit des Ungeborenen gegenüber der Mutter findet sich auch in anderen Ländern Asiens wie z.B. in Thailand oder in Sri Lanka<sup>463</sup>. In Bezug auf kambodschanische Flüchtlingsfrauen in Thailand schreiben TOWNSEND und RICE:

„A common cause of illness in pregnancy, according to the women was *chum ngu chan koun*, literally illness ‘due to the power of the foetus’. In this understanding, the foetus is more powerful than the mother, and because of this imbalance the mother becomes sick” (TOWNSEND, RICE (1996): 132).

Im Gegensatz zu den Erkenntnissen von TOWNSEND und RICE, sehen die interviewten Frauen das ungeborene Kind zwar als mögliche Ursache für schwangerschaftsassozierte Beschwerden, die jedoch als normal, d.h. nicht pathologisch definiert werden.

Im Hinblick auf die spezifischen Beschwerden ist zu bemerken, dass einige Symptome als normal und damit als nicht behandlungsbedürftig gewertet werden, die aus biomedizinischer Sicht potentiell gefährlich sein können. So können Übelkeit und Erbrechen im Rahmen einer Hyperemesis gravidarum auftreten, Kopfschmerzen ein Symptom für eine schwangerschaftsinduzierte Hypertonie oder eine Präeklampsie sein und Schwindel, Schwäche und Atemprobleme, im Sinne einer Dyspnoe, als Zeichen einer schweren Anämie gewertet werden<sup>464</sup>. Bezüglich einer Verbesserung der (präventiven) Gesundheitsversorgung Schwangerer in Kambodscha, sind in diesem Zusammenhang weitere Untersuchungen notwendig, die subjektive

<sup>462</sup> Eine ausführliche Darstellung allgemeiner anatomischer und physiologischer Konzepte und Vorstellungen, die sich in Kambodscha finden lassen, liefern z. B. CROCHET (2001a): 383ff. sowie EISENBRUCH (1998): 509.

<sup>463</sup> Vgl. hierzu CROCHET (2001b): 444.

<sup>464</sup> Vgl. hierzu STAUBER, WEYERSTAHL (2005): 543ff.

Vorstellungen im Hinblick auf schwangerschaftsimmanente Beschwerden, die von den Betroffenen als nicht behandlungsbedürftig angesehen werden, eingehender untersuchen. Diese könnten Ansatzpunkte für Aufklärungskampagnen und verbesserte Informationen während der Schwangerenvorsorge schaffen.

Bemerkenswert bei der Analyse der subjektiven Konzepte zur Schwangerschaft im Allgemeinen ist weiterhin die Tatsache, dass psychische Veränderungen in den Interviews kaum eine Rolle spielen. Die explizite Frage nach schwangerschaftsbedingten Beschwerden zeigte zudem, dass auch die Frauen Symptome angeben, die in voran gegangenen Fragen keinerlei physische oder psychische Veränderungen in der Schwangerschaft genannt haben. Dieser Umstand könnte einem methodischen Problem geschuldet sein, das bereits in Kapitel V.2.5 thematisiert wurde: Die Interviewpartnerinnen wurden alle nur einmal befragt, so dass u.U. persönlichere Themen, wie etwa psychische Veränderungen in der Schwangerschaft, von diesen nicht angeführt wurden, da das Vertrauensverhältnis zur Interviewerin hierfür nicht stark genug war. Möglicherweise sind hier auch kulturelle Gründe zu bedenken und zwar insofern, als in Kambodscha über starke – insbesondere negative – Gefühle nur ungern mit Fremden im Allgemeinen gesprochen wird<sup>465</sup>. Dies sind lediglich Spekulationen, die in weiterführenden, ethnographisch angelegten Langzeituntersuchungen geklärt werden könnten.

Weiterhin muss ungeklärt bleiben, woher die häufig geäußerte Unsicherheit und das mangelnde Detailwissen bezüglich Schwangerschaft im Allgemeinen und anatomischen und physiologischen Grundlagen im Speziellen stammen. Denkbar wäre auch hier, neben tatsächlich bestehenden Wissenslücken, Unsicherheit gegenüber der Interviewerin, die den interviewten Frauen als Medizinstudentin vorgestellt wurde und somit als medizinisch vorgebildete Person erscheinen musste, vor der die Darstellung subjektiver Konzepte zu medizinischen Themen schwer fallen könnte.

## **2. Risikokonzepte und -vorstellungen**

Vor dem Hintergrund der dargestellten Vorstellungen von einer normal verlaufenden Schwangerschaft und den ihnen zugrundeliegenden, physiologischen und anatomischen Konzepten, stehen nun die Risikokonzepte und -vorstellungen der Interviewpartnerinnen im Mittelpunkt der Darstellung und Analyse.

Die erkenntnisleitende Fragestellung bei der Analyse der Daten ist die nach den Inhalten und Dimensionen subjektiver Risikokonzepte und -vorstellungen in der Schwangerschaft. Welche Risiken werden von den Frauen genannt? Durch welche Symptomatik zeichnen sie sich aus?

---

<sup>465</sup> Persönliche Kommunikation mit Feldforschungsassistentin am 12.4.2007.

Was sind Erklärungsansätze zum Ursprung dieser Risiken? Welche therapeutischen Möglichkeiten gibt es in den Augen der Interviewten?

Die nachfolgende Tabelle stellt zunächst die in den Interviews genannten Risiken dar. Daran anschließend werden die Symptome, die auf potentielle Risiken hin deuten können, in der Übersicht gezeigt<sup>466</sup>.

Risiko	Anzahl der Befragten, die Kategorie nennt (n = 40)	Prozent der Befragten, die Kategorie nennt (n = 40)
Gestationsdiabetes/süßer Urin/salziger Urin	37	92,5
Fehlgeburt	28	70,0
Frühgeburt	18	45,5
Übernatürliche Kräfte	16	40,0
Tetanus	13	32,5
Beckenendlage und Geburt	9	22,5
Armut	8	20,0
Hitze	8	20,0

Tabelle 12: Risiken in der Schwangerschaft (Mehrfachnennungen möglich)

Symptom	Anzahl der Befragten, die Kategorie nennt (n = 40)	Prozent der Befragten, die Kategorie nennt (n = 40)
Süßer/salziger Urin	37	92,5
Blutung	28	70,0
Schmerzen	19	47,5
Körperliche Schwäche und Müdigkeit	16	40,0
Ödeme	15	37,5
Krämpfe	13	32,5
Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust	7	17,5
Schwindel	4	10,0
Schlaflosigkeit	4	10,0

Tabelle 13: Symptome von Schwangerschaftsrisiken (Mehrfachnennungen möglich)

<sup>466</sup>Vor der eigentlichen Darstellung der von den Frauen genannten Risiken und deren Symptome muss erwähnt werden, dass diese Trennung zu analytischen Zwecken erfolgt. In ihren Ausführungen unterscheiden die Frauen häufig nicht zwischen dem Risiko an sich und den dazugehörigen Symptomen. Wichtigstes Beispiel hierfür ist süßer/salziger Urin. Dieser wurde sowohl als zentrales Risiko in einer Schwangerschaft, als auch gleichzeitig als Symptom dieses Risikos genannt. Aus diesem Grund werden in den weiteren Ausführungen die genannten Risiken und die dazugehörige Symptomatik zusammengefasst dargestellt.

## 2.1 Gestationsdiabetes/ süßer Urin / salziger Urin<sup>467</sup>

### 2.1.1 Das Risiko und seine Symptomatik

Gestationsdiabetes bzw. süßer / salziger Urin werden von 37 Interviewpartnerinnen (= 92,5%) als Risiko benannt. Die drei Begriffe werden dabei von den meisten Frauen nicht klar voneinander abgegrenzt benutzt und bezeichnen häufig zugleich das Risiko an sich sowie das wichtigste Symptom dieses Risikos.

*„There [at the hospital] they perform a urine test to see if I have Diabetes or salt in the urine. So they can tell me what kind of food I should eat. I really do not know what Diabetes is, but the last time I went for ANC the doctor told me that my urine was salty and that I should eat less salt and drink a lot of water. Because when I do not do this I will get swellings on the arms and legs. This can be dangerous, but I don't know how dangerous it can be.”*  
(S37, 27 Jahre, 2 Schwangerschaften, Entbindung)

Insgesamt bleibt die Bedeutung dieses Risikos in den Darstellungen der befragten Frauen unklar. Insbesondere die Frage, weshalb Gestationsdiabetes ein Risiko für eine Schwangerschaft darstellt, kann häufig nicht genauer geklärt werden. Alle Frauen, die dieses Risiko benennen, betonen jedoch, dass die einzig adäquate Handlungsmöglichkeit im Falle des Auftretens, das Aufsuchen einer Ärztin sei, was vermuten lässt, dass es sich um einen potentiell gefährlichen Zustand handelt. Auffällig ist weiterhin, dass viele Frauen dieses Risiko entweder selbst erlebt haben oder bei einer nahen Verwandten in deren Schwangerschaft beobachten konnten. Die drei Frauen, die dieses Risiko nicht erwähnen, geben auf Nachfrage an, davon gehört, es aber (bislang) nicht selbst an sich beobachtet zu haben.

Als ein weiteres wichtiges Symptom eines Gestationsdiabetes werden von den meisten Frauen Ödeme an den Extremitäten, insbesondere an den Beinen und Füßen, benannt.

*„A lot of women working in the same factory as I do, they have swellings on the feet when they are pregnant. And when they go to see the doctor, [the] doctor says that they have Diabetes.”*  
(S14, 25 Jahre, 2 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

*„I got swollen feet when I was pregnant. In the six month until one week after delivery. And some people say it was because of salt in the urine.”*  
(S15, 25 Jahre, 2 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

### 2.1.2 Ätiologische Erklärungsansätze

Die subjektiven ätiologischen Vorstellungen bezüglich Diabetes sind uneinheitlich. Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass häufig nicht eindeutig zwischen dem Risiko selbst sowie seinen Ausprägungsformen unterschieden wird. Es ergeben sich teilweise zirku-

<sup>467</sup> Nach WHITE (1996) ist mit dem Ausdruck „salziger“ Urin eine Proteinurie gemeint. Dies konnte in der vorliegenden Studie nicht verifiziert werden.

läre Erklärungsmuster: So können beispielsweise Ödeme aus zu viel salzigem oder süßem Essen resultieren oder salziger/süßer Urin eine Folge der Ödeme selbst sein.

Die zentralen ätiologischen Vorstellungen für die Entstehung eines Gestationsdiabetes und damit der Ödeme, sind essensbezogene Erklärungen. Alle Frauen, die sich konkret hierzu äußern, geben an, dass zu viele salzige oder süße Speisen, die die Frau zu sich nimmt, alleinig für das Auftreten dieses Risikos verantwortlich sind<sup>468</sup>.

*„[Pregnant women] should not eat too much salty and too much sweet food, because it causes the urine to be sweet and with the salt it is the same thing. And this makes swellings in hands and feet.”* (S3, 20 Jahre, 1. Schwangerschaft, 8. Monat)

*“I heard about some women having swellings on the feet. And it is because they eat salty food. And sometimes it is caused because the sugar in the blood increases and then they get Diabetes. Sometimes it happens because they eat a lot of sweet food like coffee with milk.”*  
(S28, 21 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Damit liegt die Verantwortung, für das Auftreten eines Gestationsdiabetes, bei der Schwangeren selbst.

### 2.1.3 Bewertung des Risikos

In vielen Fällen wurde deutlich, dass die Frauen über das Risiko eines Schwangerschaftsdiabetes von Verwandten oder medizinischem Personal wissen. Einige Frauen geben dabei an, medizinisches Personal hätte lediglich die Gefahrensymptome benannt, ohne jedoch hierfür weitere Erklärungen zu geben. Die Warnhinweise werden dennoch meist unhinterfragt übernommen und insofern in die subjektiven Risikovorstellungen integriert, als eine Bewertung des Gestationsdiabetes als diffuse, aber umso gefährlichere Bedrohung der Schwangerschaft vorgenommen wird.

*„I used to hear my aunt asking my sister, if she has swellings on the arms and legs and if yes that she should go to see the doctor. Maybe there might be something wrong. But I don't know what causes this and why [it is caused].”*  
(S19, 27 Jahre, 1. Schwangerschaft, unbekannter Monat)

*„(...) [S]welling of the arms and legs (...) [is a] sign of danger. But the doctor only told me the signs I should watch out for. But she didn't tell me where [this] comes from.”*  
(S40, 40 Jahre, 3 Schwangerschaften, Entbindung)

Einige Frauen geben an, überhaupt nicht zu wissen, wie dieses Risiko zustande kommt und benennen es in erster Linie deshalb, weil sie es aus eigener Erfahrung kennen.

---

<sup>468</sup> Ob dies nur für die Schwangerschaft gilt oder auch für Männer und nicht schwangere Frauen zutrifft, konnte nicht geklärt werden.

*„Swellings on the feet are also a dangerous problem in pregnancy. I don't know how it is caused, but I also experienced it.” (S27, 39 Jahre, 4 Schwangerschaften, Entbindung)*

Einige Interviewpartnerinnen haben demgegenüber klarere Vorstellungen wie ein Gestationsdiabetes zu einem Risiko für eine Schwangerschaft werden kann. In allen Fällen ist damit die Idee verbunden, Ödeme seien in erster Linie im Hinblick auf die Entbindung, nicht so sehr jedoch in der Schwangerschaft selbst, gefährlich. Die bereits erwähnte Vorstellung von der Einheit von Mutter und Kind spielt hierbei eine wichtige Rolle.

*„Diabetes is dangerous because it causes swellings in the arms and legs and then it is not easy to deliver. It is because the mother has these swellings and the baby also has them, so it will not come out easily.” (S26, 19 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)*

*„The swelling appears because the women eat lots of salty food. And because when they have a baby and they eat salty food, it affects the baby, it causes these swellings when they are still pregnant. It is not the baby which causes this, but because the mother eats salty food and it makes the baby having difficulties. It moves more and more and it puts on more and more weight. And then at the due date it will be too heavy to come out.” (S31, 41 Jahre, 9 Schwangerschaften, Entbindung)*

#### 2.1.4 Strategien der Risikominimierung auf therapeutischer und präventiver Ebene

Die einzige, von den Befragten genannte, Strategie zur Minimierung des Risikos eines Schwangerschaftsdiabetes, ist die Reduktion salziger bzw. süßer Kost und zwar sowohl auf therapeutischer wie auf präventiver Ebene<sup>469</sup>: Diese Risikominimierungsstrategie ergibt sich entweder aufgrund der wahrgenommenen Gefährlichkeit dieses Risikos oder direkt aus den ätiologischen Erklärungsansätzen.

Die Frauen, die angeben, nicht zu wissen woher das Risiko eines Diabetes stammt, würden, im Falle eines Auftretens des Hauptsymptoms (=Ödeme), eine Ärztin oder eine Hebamme des staatlichen oder privaten Gesundheitssystems aufsuchen, da sie Ödeme als potentiell gefährlich einstufen.

*„If I had swellings during pregnancy I would go to see a doctor. At a hospital nearby. The doctor can cure Diabetes.” (S5, 33 Jahre, 1. Schwangerschaft, 2. Monat)*

Dabei wird ein uneingeschränktes Vertrauen in das schulmedizinische Personal deutlich, denn alle Frauen gehen davon aus, dass dieses in jedem Fall in der Lage wäre, den Diabetes zu heilen und damit das Risiko für die Schwangere zu eliminieren. Diejenigen Frauen, die keine Ätiologie des Diabetes benennen können, jedoch bereits selbst unter Ödemen gelitten und eine Ärztin oder eine Hebamme aufgesucht hatten sowie die Interviewpartnerinnen, die detail-

---

<sup>469</sup> Im Fall anderer Risiken unterscheiden sich hingegen therapeutische und präventive Maßnahmen, wobei letzterer in Kapitel VII.3 gesondert besprochen werden.

lierte ätiologische Vorstellungen benennen, geben an, dass der Ratschlag des medizinischen Personals die Reduktion von Salz und / oder Süßem in der täglichen Ernährung gewesen sei.

*„It [the swelling] is dangerous and I was afraid. And when I had this problem I went to see the doctor and the doctor told me to reduce eating salty and sweet food.”*  
(S26, 19 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

## 2.2 Fehl- und Frühgeburt

Das am zweithäufigsten genannte Risiko ist eine vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft durch Fehlgeburt (*rolout*) ((28 Nennungen, entspricht 70% ) bzw. Frühgeburt (*ket mun thgnay samral*) (18 Nennungen, entspricht 45,5%). Dabei werden beide häufig gemeinsam genannt, so dass sie an dieser Stelle nicht getrennt voneinander analysiert werden.

Eine Frühgeburt wird von den Befragten definiert als die Geburt des Kindes vor dem, von der Frau oder einer Ärztin / Hebamme errechneten, Geburtstermin. Sie resultiert in einem sehr kleinen und kranken Kind, das u.U. nicht länger als ein paar Tage lebensfähig ist.

Eine Fehlgeburt hingegen bedeutet - entsprechend der Angaben der Frauen - meist die Geburt eines toten Kindes zu jedem beliebigen Zeitpunkt der Schwangerschaft. Einige Frauen definieren eine Fehlgeburt jedoch auch als die Geburt eines missgebildeten Kindes, wobei die Missbildungen meist in Form von fehlenden Extremitäten benannt werden.

### 2.2.1 Das Risiko und seine Symptomatik

Vaginale Blutungen und abdominelle Schmerzen sind, so die interviewten Frauen, die Hauptsymptome, die eine Fehl- oder Frühgeburt ankündigen<sup>470</sup>.

*“When I have a pain in my abdomen and a lot of bleeding. That are the signs of being premature. It can happen because of doing heavy work and because of not taking good care of myself.”* (S6, 18 Jahre, 1. Schwangerschaft, 8. Monat)

*“I heard that women can bleed while they are pregnant. My colleague was pregnant, three months, and she had bleeding. I advised her to go to see a doctor, I thought that maybe she will lose the baby.”* (S18, 25 Jahre, 1. Schwangerschaft, 7. Monat)

Aus einigen Aussagen lassen sich Schlüsse ziehen, warum die genannten Symptome ein Risiko in der Schwangerschaft darstellen können. Blutungen sind demnach gefährlich, da das Blut vom Kind stammt, was andeutet, dass es sich in einer lebensbedrohlichen Lage befindet.

---

<sup>470</sup> Aus den Interviews ergibt sich kein Anhaltspunkt dafür, dass leichte Blutungen in der Schwangerschaft nicht-pathologisch sein können, wie dies WHITE in ihrer Studie beschreibt (vgl. WHITE (1996): 12ff.).



*„If you have a miscarriage you have a lot of bleeding before. It can cause a danger to the baby, because this blood is not from the monthly period, but it is blood from the baby, so the baby is in danger of bleeding to death or of losing some parts of its body.“*  
(S7, 25 Jahre, 2. Schwangerschaft, 4. Monat)

(Abdominelle) Schmerzen, welche die Mutter empfindet, können sich demgegenüber auf das Kind übertragen und so zu einer Bedrohung werden.

*„If I have this pain, the pain could go down. It could enter my uterus and then it goes down to the baby. Then the baby will have this pain as well and it causes some danger to it.“*  
(S39, 38 Jahre, 2 Schwangerschaften, Entbindung)

### 2.2.2 Ätiologische Erklärungsansätze

Die ätiologischen Erklärungen für eine Fehl- oder Frühgeburt variieren im Detail. Unbedachtes und damit unvorsichtiges Verhalten von Seiten der werdenden Mutter ist jedoch in der Mehrzahl der Fälle die Begründung für die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft.

*„This bleeding is caused because the pregnant women endanger themselves.“*  
(S7, 25 Jahre, 2. Schwangerschaft, 4. Monat)

Zu schwere Arbeit wie z.B. das Tragen schwerer Gegenstände sowie vermehrtes Arbeiten waren dabei die am häufigsten genannten Verhaltensweisen. Der Verzehr von „vergiftetem“<sup>471</sup> Essen wird als ähnlich gefährlich beschrieben. Grundsätzlich scheinen alle Verhaltensweisen, die ein „Zuviel“ oder ein „Zuwenig“ beinhalten, die Schwangerschaft gefährden zu können. Frauen müssen deshalb vorsichtig sein in allem was sie tun um eine gewisse Balance einzuhalten oder wieder her zu stellen.

*„Carrying heavy stuff is very dangerous for a pregnant woman. Like if they carry water, they can fall down, for example when they slip. This can cause bleeding and the baby will come too early or it will die.“* (S14, 25 Jahre, 2 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

*„[Pregnant women] should not try to work hard, it can cause miscarriage and this will also affect the baby, because it will bleed. And this will result in the baby losing some fingers.“*  
(S34, 35 Jahre, 3 Schwangerschaften, Entbindung)

Diese ätiologischen Erklärungsansätze sind u.a. in der Vorstellung der Einheit von Mutter und Kind verwurzelt. Diese impliziert auch, dass – wie bereits erwähnt - alles was die werdende Mutter tut, auch vom Fötus ausgeführt wird, was wortwörtlich verstanden wird:

*„Because when the mother tries to work hard, the baby also works hard, so the baby can come before the due date.“* (S27, 39 Jahre, 4 Schwangerschaften, Entbindung)

---

<sup>471</sup> Definiert als Nahrung, die nicht adäquat gesäubert oder gekocht wurde.

*„We have to be careful when we work in order not to fall down, it can affect the baby. Because when the woman falls down, her belly might hit the floor and the baby is in the belly so the baby also gets hit.”* (S35, 31 Jahre, 3 Schwangerschaften, Entbindung)

Weiterhin lässt sich die Vorstellung, dass das Greifen nach Gegenständen über Kopf im Hinblick auf eine Früh- oder Fehlgeburt gefährlich sein können, in den Interviews häufig wiederfinden. Die in Kapitel VII.1.2 ausgeführten anatomischen Vorstellungen zeigen sich hier besonders deutlich: Bei dieser Handlung kann die Nabelschnur, an der das Kind - den Vorstellungen entsprechend - saugt, aus seinem Mund gleiten, was seinen Tod zur Folge hat.

*„The baby is drinking from the cord, which connects it to the belly button of the mother. And if the mother tries to reach things above her head, which are very high, this cord can come out of the babies' mouth. And working hard, the woman should also be careful, because this problem can happen as well.”* (S40, 40 Jahre, 3 Schwangerschaften, Entbindung)

Auch weite Reisen stellen eine Gefahr für Mutter und Kind dar. Die interviewten Frauen, die in Phnom Penh leben, attribuierten dieses Risiko hauptsächlich auf Frauen aus ländlichen Gegenden. Die Straßen dort seien in einem schlechten Zustand und Frauen müssten auf holprigen Verkehrswegen weite Strecken zurücklegen, um an medizinische Hilfe zu gelangen. Diese Aussagen werden von den in ländlichen Gebieten lebenden Frauen bestätigt.

*„You should not make long trips in pregnancy, because sometimes the road is not good and when sitting in a car for a far distance it can affect the baby. When the car is jumping up and down I will have abdominal pain and then the baby also will have abdominal pain. This can cause the baby to be premature.”* (S34, 35 Jahre, 3 Schwangerschaften, Entbindung)

Weiterhin werden auch für eine Fehl- oder Frühgeburt essensbezogene Erklärungen bemüht.

*I also think that the food can cause the baby to be premature. If the mother does not know how to choose the right food.”* (S1, 24 Jahre, 1. Schwangerschaft, 3. Monat)

Dabei liegt die Verantwortung für das Auftreten dieses Risikos bei der werdenden Mutter, die nicht weiß, welche Nahrung schwangerschaftsadäquat ist.

Einige Frauen geben an, sie hätten von der Gefahr einer Fehl- oder Frühgeburt lediglich gehört. Da sie selbst damit keine Erfahrung damit hätten, wüssten sie jedoch keine Ursachen für eine solche Entwicklung in einer Schwangerschaft.

*„I heard about women bleeding in pregnancy, but I never saw it with my own eyes. So I do not have any explanations for this.”* (S35, 31 Jahre, 3 Schwangerschaften, Entbindung)

### 2.2.3 Bewertung des Risikos

*„Bleeding is always a serious problem, because it is not normal that pregnant women bleed and they should go to see a doctor.”* (S6, 18 Jahre, 1. Schwangerschaft, 8. Monat)

Alle interviewten Frauen, die eine Fehl- oder Frühgeburt als schwangerschaftsassoziertes Risiko definieren, sind sich einig in der Einstufung dieses Risikos als höchst gefährlich für die Gesundheit des Kindes. Inwieweit eine Fehl- oder Frühgeburt, den Vorstellungen nach, auch für die Mutter eine Gefahr darstellen kann, bleibt unklar. Die meisten Frauen erwähnen ihre eigene Gesundheit im Zusammenhang mit Fehl- oder Frühgeburten nicht.

Wie die Aussage der oben zitierten Schwangeren deutlich macht, werden Blutungen in der Schwangerschaft als pathologisch klassifiziert. Sie scheinen so bedrohlich zu sein, dass auf Maßnahmen der Selbsthilfe verzichtet und stattdessen das schulmedizinische Gesundheitssystem in Anspruch genommen wird.

*“Bleeding is a sign that the baby is not fine. And when they are bleeding pregnant women should go to see a doctor. Because there is no occasion when bleeding is normal.”*  
(S27, 39 Jahre, 4 Schwangerschaften, Entbindung)

### 2.2.4 Strategien der Risikominimierung

Auch im Falle einer Fehl- oder Frühgeburt lassen die Strategien der Risikominimierung, auf therapeutischer Ebene, ein starkes Vertrauen der Interviewpartnerinnen in das schulmedizinische System erkennen. Alle Frauen würden im Falle von Symptomen, die dieses Risiko kennzeichnen, also vaginalen Blutungen und / oder abdominellen Schmerzen, eine Einrichtung der schulmedizinischen Gesundheitsversorgung aufsuchen. Sie erwarten sich davon eine Beseitigung ihrer Symptome und den Erhalt der Schwangerschaft.

*„If I have this kind of serious problem, like when I am about to miscarry, I want the provider to rescue me. To get healthy again and to keep the baby.”*  
(S6, 18 Jahre, 1. Schwangerschaft, 8. Monat)

*„When you bleed and you are pregnant, you should go to a hospital to get some medicine. And then the bleeding will stop.”* (S8, 30 Jahre, 2. Schwangerschaft, 3. Monat)

Das Aufsuchen einer dieser Einrichtungen wird in einer auffälligen Ausschließlichkeit und mit starkem Nachdruck als einzige Möglichkeit angegeben, was im Falle einer drohenden Fehl- oder Frühgeburt zu tun sei.

*„Women who are in danger of losing their baby should go to a hospital. A big hospital, and nowhere else.”* (S6, 18 Jahre, 1. Schwangerschaft, 8. Monat)

Die Interviewpartnerinnen benennen dabei ein großes Krankenhaus, also eine schulmedizinische Einrichtung der Maximalversorgung, als Einrichtung der Wahl, was wiederum auf die potentielle Gefährlichkeit der Symptome hindeutet. Die meisten Frauen sind sich der Tatsache bewusst, dass auf den unteren Ebenen des kambodschanischen Gesundheitssystems, also den Gesundheitszentren und –posten, eine adäquate medizinische Versorgung in Notfällen häufig nicht gewährleistet ist. Dabei ergeben sich keinerlei Unterschiede in Bezug auf Bildungsstand, Wohnort oder ökonomischen Status der Befragten.

Das Vertrauen in die schulmedizinisch orientierte Versorgung beruht u.a. darauf, dass die technische Ausstattung sowie die dort erhältlichen Medikamente gleichgesetzt werden mit Heilung.

*„If a pregnant woman has this heavy pain in her abdomen she should go to a hospital. They have all kinds of equipment there, like ultrasound and they can perform a blood test or give medication to the woman. And then the woman and the baby will be fine again.”*  
(S19, 27 Jahre, 1. Schwangerschaft, unbekannter Monat)

## **2.3 Übernatürliche Kräfte**

Das Wirken übernatürlicher Kräfte, als Risiko für eine schwangere Frau, wird von 40% der Befragten (n = 16) genannt. Wenige von ihnen benennen dieses Risiko von selbst. Eine gewisse Scham oder auch Angst scheinen hier eine Rolle zu spielen. Für junge Kambodschanerinnen kann es unangenehm sein, mit Fremden über ihren Glauben an übernatürliche Kräfte zu sprechen, da diesem das Etikett des Altmodischen anhaftet<sup>472</sup>. Sie haben Angst, sich lächerlich zu machen oder auf Unverständnis zu stoßen. Dies ließ sich insbesondere bei den jungen, gebildeteren Frauen verifizieren, die häufig verschämt lachten, wenn sie von übernatürlichen Kräften sprachen. Auf Nachfrage erzählten die Interviewpartnerinnen jedoch ausführlicher von diesen Phänomenen.

### 2.3.1 Das Risiko und seine Symptomatik

Übernatürliche Kräfte werden grundsätzlich als angsteinflößend und unberechenbar wahrgenommen. Zu ihnen zählen in erster Linie böse Geister sowie magische Kräfte von Mitmenschen und Alpträume. Im Vordergrund der Symptomatik steht der Schreck, der, insbesondere für Schwangere, in indirekter und direkter Weise als besonders gefährlich erachtet wird.

---

<sup>472</sup> Gespräch mit Feldforschungsassistentin am 27.10.2005.

*„The bad spirits scare me and I will be in danger of dying immediately from this scaring. And sometimes when a woman gets scared she will run and if she runs she is in danger of falling and this is dangerous for the baby in her womb, because it will get hit hard.”*

(S38, 22 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

*“I was also afraid that something could scare me, because sometimes, especially at night, there is some ghost and this ghost looks like a shadow. And if the pregnant woman sees this, she will get scared. And if this ghost scares her, the baby also gets scared and it can die from this. And the mother will also die.”* (S36, 23 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Aber auch die Möglichkeit, dass übernatürliche Kräfte direkten Einfluss auf das ungeborene Kind haben könnten, wird von den interviewten Frauen als mögliches Risiko erwähnt.

*„It is not that I am just not happy with bad dreams. I am also afraid that the bad dreams might come true. And I also fear that when the baby is born, it will have the same face like some malicious ghosts in my dreams.”* (S6, 18 Jahre, 1. Schwangerschaft, 8. Monat)

Weiterhin sind bei den Interviewpartnerinnen, die in Phnom Penh leben, Horrorfilme in diesem Zusammenhang von Bedeutung. Einige erwähnen diese als eine Art moderner Form von Geistern, die aufgrund ihrer Fähigkeit, Schwangere erschrecken zu können, eine ähnliche Wirkung haben können wie die indigenen Geister selbst.

*„And I also do not watch horror movies, because I am afraid that after watching them, I would get scared and would think a lot. This is very bad for a pregnant woman, because she could die from this. And my grandmother also told me not to watch movies about ghosts, and I followed her advice, because I think that they could be harmful to the baby and myself.”*

(S37, 27 Jahre, 2 Schwangerschaften, Entbindung)

### 2.3.2 Bewertung des Risikos und Strategien der therapeutischen Risikominimierung

Der Glaube an Geister und übernatürliche Kräfte hat einen festen Platz in der kambodschanischen Gesellschaft und ist selbstverständlicher Bestandteil subjektiver Erklärungsansätze zu wichtigen Aspekten des Lebens, wie etwa Gesundheit und Krankheit, aber auch Wohlstand, Glück oder Pech<sup>473</sup>. Im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft gelten übernatürliche Kräfte, laut den Interviewpartnerinnen, zum einen indirekt und zum anderen direkt als gefährlich. Ihr Tun kann zum sofortigen Tod der Frau führen oder über Verhaltensweisen, die diese Kräfte bei der Frau bewirken, tödlich sein.

Die beiden Frauen, die über das höchste formale Bildungsniveau (B.A.-Studium) verfügen<sup>474</sup> und übernatürliche Kräfte nicht als Risiko im Rahmen einer Schwangerschaft bewerten, äußerten auf Nachfrage Unsicherheit darüber, ob sie daran glauben sollen. Beide bezeichnen den

<sup>473</sup> Vgl. EISENBRUCH (1992): 286ff.

<sup>474</sup> Dabei handelt es sich um die Interviewpartnerinnen S8 und S19.

Glauben an sie als altmodisch (*buraan*) und geben an, dass sie von ihren älteren weiblichen Verwandten – Müttern, Großmüttern, Tanten – davon wüssten.

*„I heard from my mother and from my grandmother about harmful ghosts which could endanger pregnant women and especially the babies after they are born. And I don't know whether I should believe in this kind of traditional belief or not, because I never experienced it.”*  
(S19, 27 Jahre, 1. Schwangerschaft, unbekannter Monat)

Auch für übernatürliche Kräfte sind in erster Linie Präventivmaßnahmen von Bedeutung, die in Kapitel VII.3 näher untersucht werden. Therapeutische Strategien wurden hingegen von keiner Frau benannt.

## **2.4 Tetanus**

Tetanus wurde von 13 Interviewpartnerinnen (=32,5) als Risiko in einer Schwangerschaft benannt. Nur zwei Frauen nennen die Erkrankung direkt im Rahmen der Interviewfragen zu diesem Themenkomplex. Die anderen 11 beschreiben sie im Kontext präventiver Maßnahmen – in diesem Fall der Impfungen gegen Tetanus - die im Rahmen der Schwangerenvorsorge des staatlichen Gesundheitswesens vorgenommen wurden.

### 2.4.1 Das Risiko und seine Symptomatik

Keine der Frauen hatte vor ihrer Tetanusimpfung bereits etwas von der Erkrankung gehört. Medizinisches Personal erklärte ihnen jedoch, wozu die Impfung gut sei und dass es sich bei Tetanus um eine potentiell lebensbedrohliche Erkrankung handle. Alle Frauen, die Tetanus als ein mögliches Risiko in der Schwangerschaft oder peripartal bewerten, nennen als einziges Symptom Krampfanfälle (bezogen auf den ganzen Körper), die meist tödliche Konsequenzen haben. Dabei sind entweder Mutter und Kind von der Krankheit betroffen oder aber nur das Kind.

*„Tetanus means that the child is having convulsions. This can be in pregnancy while the baby is still in the mother's womb or shortly after it is born. It is shaking and shivering and nobody can do something against this.”* (S2, 25 Jahre, 2. Schwangerschaft, 7. Monat)

*„Tetanus is a bad disease. The mother is having convulsions. And sometimes also the child is in this condition.”* (S28, 21 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

### 2.4.2 Ätiologische Erklärungsansätze

Die ätiologischen Erklärungsansätze bezüglich Tetanus werden in den Interviews nicht detailliert ausgeführt. Viele der Frauen wissen nur wenig hierzu zu sagen und geben an, sie hätten die Informationen über die Krankheit von schulmedizinischem Personal erhalten, das keine

genauen Erklärungen hierzu abgegeben hätte. Die Frauen sind sich jedoch darin einig, dass Tetanus durch Gegenstände aus Metall übertragen wird. Die Mehrzahl bezieht dies auf die Geburt; viele von ihnen haben gehört oder wissen aus eigener Erfahrung, dass es bei der Geburt zum Einsatz von Gegenständen aus Metall kommen kann, z.B. im Falle einer Episiotomie.

*„During delivery the midwife uses something like scissors, so these can give Tetanus to me. The vaccination protects me from getting Tetanus.”* (S26, 19 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

*„The Tetanus vaccination helps me during delivery, I cannot get convulsions. Sometimes they are caused when I get cut. But I don't know, the doctor just told me, that I have to have the Tetanus injection.”* (S36, 23 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Einige Frauen sehen jedoch eine Gefahr, die von der Erkrankung auch für die noch schwangere Frau ausgeht. Arbeiten mit Metallgegenständen beispielsweise, wird als ein potentieller Übertragungsweg für Tetanus gesehen.

*„The vaccination protects me against getting Tetanus. Because daily I work with the needles, so in case the needles cut my finger, I will not get Tetanus.”*  
(S7, 25 Jahre, 2. Schwangerschaft, 4. Monat)

Zwei Frauen benennen zudem die Möglichkeit, dass sich das Kind nach der Geburt mit Tetanus infizieren könnte, so dass es durch die Impfung dann ebenfalls geschützt wäre. In diesem Fall nennen die Interviewpartnerinnen die Möglichkeit, dass Tetanus durch Verletzungen hervorgerufen werden könnte, die sich das Kind beim Spielen zuzieht. Beiden ist jedoch der genaue Mechanismus unbekannt.

*„I got the Tetanus [vaccination] from RHAC<sup>475</sup> and it protects the baby so that the baby doesn't get convulsions. But it is also good for the mother and I had to get it five times. And it is also good, because when the baby grows up, the baby plays. And it can get some kind of injury and it will be in danger of getting Tetanus. But I don't know how this actually works. So this vaccination protects the baby.”* (S37, 27 Jahre, 2 Schwangerschaften, Entbindung)

#### 2.4.3 Bewertung des Risikos und Strategien der therapeutischen Risikominimierung

Tetanus wird mit einer potentiell lebensbedrohlichen Erkrankung gleichgesetzt. Eine Interviewpartnerin gibt an, einen akuten Tetanusfall bereits einmal selbst beobachtet zu haben:

*„I saw a man having Tetanus with my own eyes and he had convulsions. His head was shaking from one side to the other and his body was moving in a strange way. There has been a lot of fluid coming out of his mouth. Later this man died.”*  
(S7, 25 Jahre, 2. Schwangerschaft, 4. Monat)

---

<sup>475</sup> RHAC = *Reproductive Health Association Cambodia*, eine staatliche, hauptsächlich durch USAID finanzierte, Organisation, die u.a. verschiedene Einrichtungen betreibt, die Schwangerenvorsorge anbieten.

Die meisten Frauen nennen die Geburt als Zeitpunkt eines möglichen Wirksamwerdens dieses Risikos. Einige jedoch sehen auch bereits vor der Geburt eine Gefährdung der Mutter.

Grundsätzlich, so die Interviewten, könne die Krankheit nur mit Hilfe einer präventiv verabreichten Impfung bekämpft werden. Die Erkrankung selbst führe, über Krämpfe, zum Tod von Mutter und Kind. Im Zusammenhang mit der Impfung besteht Uneinigkeit unter den Interviewten, ob sie die Mutter oder das Kind schützt, wobei zwei Drittel (n = 17, ca. 65%), unter Hinweis auf die prinzipielle Einheit von Mutter und ungeborenem Kind, davon ausgehen, dass sie beide schützt.

*“The Tetanus vaccination is good for the mother and the baby, because when the mother gets it, the baby also gets it.”* (S40, 40 Jahre, 3 Schwangerschaften, Entbindung)

## **2.5 Beckenendlage und Geburt**

Die Geburt im Allgemeinen sowie - als Spezialfall - die Beckenendlage des Kindes am Entbindungstermin, werden von 9 der befragten Frauen (= 22,5%) als Risiko für eine Schwangere benannt. Dabei werden beide von 7 Frauen, die Beckenendlage isoliert von zwei Frauen angegeben.

### 2.5.1 Das Risiko und seine Symptomatik

Das zentrale Problem des Risikos einer Beckenendlage seien – so die befragten Frauen – die fehlenden Symptome für diesen Umstand. Alle waren sich der Tatsache bewusst, dass eine Beckenendlage des Kindes u.U. eine Sectio Caesarea notwendig machen kann.

*„The baby can be in the wrong position at the due date. And if the woman cannot deliver because of this she has to have a C-section.”* (S27, 39 Jahre, 4 Schwangerschaften, Entbindung)

Für den Fall, dass Einrichtungen der Gesundheitsversorgung nicht rechtzeitig erreichbar sind, sind sich die Frauen darin einig, dass dies zu einem ernsthaften, unter Umständen lebensbedrohlichen, Problem für Mutter und Kind werden kann.

Aber auch eine normale Geburt wird als potentiell Risiko für die schwangere Frau beschrieben; häufig werden hierfür eigene Erfahrungen oder Erfahrungen naher Angehöriger als Beispiele angeführt. Vielfach äußern die Interviewten, dass dieses Risiko unvorhersehbar sei und zudem keine Symptome in der Schwangerschaft erkennbar sind, die auf einen problematischen Geburtsverlauf hinweisen könnten.



*„A pregnant woman has many problems especially during delivery. You know this word in Khmer tdschlang deley, [‘crossing the river’]. So it can be easy or difficult. Some women deliver with many difficulties. It is like when there are storm and wind during the crossing of the river. Some women deliver easily. It is like no storm. But you never know, because there are no signs in advance.“* (S25, 21 Jahre, 1. Schwangerschaft, 9. Monat)

### 2.5.2 Ätiologische Erklärungsansätze

Viele Frauen, die eine Beckenendlage als Risiko definieren, haben für diesen Umstand keine Erklärung. Auch der Rückgriff auf mögliche hereditäre Begründungen führt dabei nicht zum Ziel.

*„I don’t know, where this obstructed labour [caused by the breech presentation of the baby] comes from. My mother told me that she did not have these difficulties.“*  
(S13, 39 Jahre, 2 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

Die Interviewpartnerinnen, die eine Erklärung für die Beckenendlage eines Kindes bei der Geburt haben, machen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Schwangere selbst dafür verantwortlich. Vor allem die ungenügende Selbstfürsorge während der Schwangerschaft und das Nichtbeachten indigener Präventivmaßnahmen führten zu einer, im Hinblick auf die Geburt, ungünstigen Position des Kindes.

*„I had a C-section, because his head was here [zeigt auf ihren rechten Unterbauch] so he could not come out. It happened because I did not take care of myself. I worked a lot during the last month of pregnancy. I should have taken care of myself and not worked hard.“*  
(S27, 39 Jahre, 4 Schwangerschaften, Entbindung)

Zum anderen werden anatomische Anomalien der kindlichen Nabelschnur für die Beckenendlage und die daraus resultierenden Probleme bei der Geburt verantwortlich gemacht.

*„In some cases, the baby cannot come out, because the cord is too short. It cannot move around in the mother’s womb and it cannot move its head down. When she [the pregnant woman] has contractions, she will not be able to deliver, so the doctor has to cut. So this also causes a danger to the mother. One of my sisters-in-law had to go for an operation three times for one child, because the cord was too short. But she did not tell me why the cord was so short.“*  
(S40, 40 Jahre, 3 Schwangerschaften, Entbindung)

Die Geburt selbst wird auch im Falle der Schädellage des Kindes als risikoreich empfunden. Hierbei spielen vor allem allgemeine Ängste vor Schmerzen eine wichtige Rolle. Aber auch verschiedene Vorerkrankungen einer Schwangeren, bereits eingetretene andere Risiken sowie die Tatsache, dass sich viele der befragten Frauen bereits präkonzeptionell sowie in der Schwangerschaft schwach und verletzlich fühlen, führen dazu, dass die Geburt als Risiko für die (noch) Schwangere definiert wird.

*„The biggest fear a Khmer woman has is the time of delivery, because it involves a lot of pain until the baby comes out.” (S27, 39 Jahre, 4 Schwangerschaften, Entbindung)*

Die allgemeinen Ängste vor der Geburt werden geschürt durch Erfahrungsberichte naher Angehöriger der Interviewpartnerinnen. Insbesondere der Aspekt der Unvorhersehbarkeit und Unkalkulierbarkeit potentieller Geburtsrisiken, die diese Erfahrungen deutlich machen, tragen zum Entstehen von Ängsten oder eventuell auch zur Verstärkung bereits bestehender Ängste bei.

### 2.5.3 Bewertung des Risikos und Strategien der therapeutischen Risikominimierung

Wie bereits dargestellt, werden die Beckenendlage sowie das Risiko, das von einer Geburt im Allgemeinen ausgeht, als gefährlich und unvorhersehbar eingestuft. Konsequenterweise existiert eine Vielzahl an Präventivmaßnahmen - im Sinne risikominimierender Verhaltensweisen - die sich auf einen sicheren und schnellen Geburtsverlauf beziehen. Sie werden in Kapitel VII.3 näher erläutert und analysiert.

Alle Frauen, die diese Risiken benennen, sind sich darin einig, dass nur schulmedizinisches Personal im Falle einer Beckenendlage therapeutisch tätig werden kann. Dies geschieht im Rahmen der Schwangerenvorsorge, wobei die Ärztin oder Hebamme das Kind drehen und so eine geburtsgeeignete Position herbeiführen kann.

*„[I went for ANC] because I was afraid that the baby might not be fine. And I was also thinking about the time of delivery. I wanted to deliver safe and fast. Sometimes the baby is in a breech position, so when a woman goes for ANC the midwife can turn the head of the baby down.” (S34, 35 Jahre, 3 Schwangerschaften, Entbindung)*

Für den Fall, dass die Beckenendlage präpartal nicht erkannt werde – sei es, weil die Schwangere nicht zur Schwangerenvorsorge geht oder weil dort die Beckenendlage nicht erkannt wird - wird als einzige Therapiemöglichkeit, die das Leben des Kindes und in einigen Fällen auch der Mutter retten kann, die primäre oder sekundäre Sectio Caesarea genannt.

*„Especially in the last month the woman should go for ANC so that the doctor can check her and the baby. Because this is the time when the baby will come soon and if the woman goes [for ANC] at that time the doctor can see if the head of the baby is down or not. And if it is not down she can move the head of the baby down like this [macht eine kreisende Handbewegung über ihren Bauch] and the baby will get a push so that it will move. And if this is not possible they told me that they have to perform a C-section.” (S38, 22 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)*

Indigene Geburtshelferinnen wurden in diesem Zusammenhang – auch auf Nachfrage – von keiner der befragten Frauen als therapeutische Option genannt<sup>476</sup>.

<sup>476</sup> Dies steht im Gegensatz zu der Studie von WHITE (1996), deren Interviewpartnerinnen indigene Hebammen aufsuchen, um durch sie eine äußere Wendung herbei führen zu lassen.

## 2.6 Armut

8 Frauen (=20%) erklären Armut zu einem Risiko für eine gesund verlaufende Schwangerschaft und deren problemlosen Ausgang, wobei alle Frauen, die diese Aussage machen, selbst zu den als arm klassifizierten Interviewpartnerinnen zählen.

### 2.6.1 Symptomatik und Ätiologie

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sind die Symptome, die arme Frauen in einer Schwangerschaft haben, mit Präventivmaßnahmen assoziiert, welche die Frauen aufgrund fehlender Mittel nicht einhalten können.

*„On TV they say that pregnant women should eat green vegetables and a lot of fruit, but because I am poor I couldn't get these things. So I only ate what I had. Usually I ate only rice with a little bit of fish. And I was always afraid that this might affect the baby's health, because I have been so weak (k'saoee).”* (S39, 38 Jahre, 2 Schwangerschaften, Entbindung)

*“When a woman is pregnant, she looks very pale, especially when she is poor. And she has difficulties to breath, as if she can't get enough air in her lungs. And I also experienced this. I heard that there is some kind of medicine pregnant women should take, so that they don't have this kind of problems. But this medicine is expensive and I couldn't afford to buy it.”*  
(S37, 27 Jahre, 2 Schwangerschaften, Entbindung)

Zudem sind, so die Interviewpartnerinnen, ökonomisch schlecht gestellte Frauen im Falle von Problemen in der Schwangerschaft nicht in der Lage, sich adäquate medizinische Hilfe zu holen, so dass ihre Armut zu einer Verschärfung eventuell behandelbarer Probleme führt.

*„Some women are very poor and they cannot eat enough and sometimes they get a problem in pregnancy and they do not get any treatment. So they just keep it like this until the due date and it causes difficulties to deliver. Sometimes even the baby dies. It is because they do not have enough money.”* (S2, 25 Jahre, 2. Schwangerschaft, 7. Monat)

Aber auch die Tatsache, dass arme Frauen nicht in der Lage sind, ihre alltäglichen Bedürfnisse, zum Beispiel nach ausreichender und adäquater Nahrung zu befriedigen, wird als Erklärung erwähnt, warum Armut ein Risiko in der Schwangerschaft ist. Dabei beziehen sich mögliche Symptome, insbesondere körperliche Schwäche, auf die werdende Mutter und das Kind. Zeitlich gesehen ist dies sowohl ein Problem während der Schwangerschaft als auch bei der Geburt.

*„Poor women always look very thin, especially when they are pregnant, because they should eat for themselves and the baby, but they cannot afford to eat more. And then they also look very weak (k'saoee) and sometimes they have a itchy rash on the skin. Everywhere on the face, the body.”* (S1, 24 Jahre, 1. Schwangerschaft, 3. Monat)

*“Sometimes when the pregnant woman is too poor to buy enough food, the baby in her womb doesn't have enough blood pressure. This is dangerous, because the baby will not grow any more and it is weak (k'saoee). In this case the woman should try to eat more or take some medicine. But this will cost some money so she has to leave it like this.”*

(S27, 39 Jahre, 4 Schwangerschaften, Entbindung)

## 2.6.2 Bewertung des Risikos und Strategien der Risikominimierung

Die Frauen, die Armut als Schwangerschaftsrisiko klassifizieren, sind sich ihrer meist als aussichtslos empfundenen Lage schmerzlich bewusst und nehmen eine pragmatische bis resignative Haltung ein. Dabei artikulieren sie deutlich mögliche Lösungen der Probleme, die Armut mit sich bringt, und stellen sie der Notwendigkeit zu überleben gegenüber. Der potentiellen Gefahr, die dies für ihr ungeborenes Kind und sie selbst bedeutet, sind sie sich bewusst.

*„My mother told me not to work so hard, because I have to take care of the baby and myself. But I always worked, because I needed the money to survive.”*

(S32, 33 Jahre, 4 Schwangerschaften, Entbindung)

*„Working hard affects the baby in a bad way. The mother should not do this hard work, because she is weak (k'saoee). And I am weak (k'saoee) too, because I cannot eat enough. And this is because I don't have enough money to buy things to eat. But I have no choice, I have to work. And when I had a problem during my pregnancy like not feeling well, I did not do anything.”*

(S31, 41 Jahre, 9 Schwangerschaften, Entbindung)

Eine Interviewpartnerin schildert zudem ein weiteres strukturelles Problem, das sich aus der Armut einer Schwangeren ergibt, die nicht in unmittelbarer Nähe einer Einrichtung der staatlichen Gesundheitsfürsorge lebt.

*„A poor woman who is pregnant and who has a problem should immediately go to a hospital, so that she can get some help. She needs help, because she is already weak (k'saoee). But usually it goes like this: She talks to a moto-dup-driver, like this: ‘If I have a problem you should bring me to the hospital’. And the moto-dup-driver only does this when the weather is good. No rain, and if the roads are not slippery. Only in this case. But if it rains and the road is slippery, the moto-dup-driver will not bring her to the hospital. The woman might die then, because she has no moto-dup herself.”* (S10, 40 Jahre, 3 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

## **2.7 Hitze**

20% der befragten Frauen (n = 8) geben ein Zuviel an Hitze (*kamdawn pleung*) als Risiko in einer Schwangerschaft an.

### 2.7.1 Symptomatik, Ätiologie und Konsequenzen

Dieses Risiko lässt sich nur im Zusammenhang mit allgemeineren Konzeptionen von Gesundheit, Krankheit und Wohlbefinden, wie sie in Kapitel IV.1 ausgeführt wurden, verstehen. Die

dichotome Konzeption von warm und kalt spielt dabei eine besondere Rolle. Gesundheit ist in diesem Zusammenhang unter anderem durch ein Gleichgewicht zwischen diesen beiden Extremen gekennzeichnet. Demnach wird ein Ungleichgewicht zwischen kalten und warmen Anteilen und Zuständen im Körper mit potentiell krankmachenden und damit risikoreichen Umständen assoziiert. Schwangerschaft ist dabei an sich ein bereits „warmer“ oder auch „heißer“ Zustand, so dass es gilt, weitere Wärme und Hitze in verschiedenen Formen zu meiden<sup>477</sup>.

*„For myself when I am cold and I sweat that time I get ill. I feel tired and I cannot eat a lot. This makes me even weaker. So it is not healthy for me to be cold. And being hot (g'dao) it also means sickness for me. Especially as I am pregnant again, my body is already hot. So it is better if I avoid sitting near the fire where meat is grilled. If it is not so hot and not so cold then it is good for me.“* (S7, 25 Jahre, 2. Schwangerschaft, 4. Monat)

Das erste Symptom, das im Rahmen dieses Ungleichgewichtes genannt wird, ist ein Gefühl von innerer Überwärmung oder Hitze und beschreibt gleichzeitig auch die Ätiologie der Symptome. Die auf Nachfrage genannten Ausprägungsformen dieser Hitze variieren: Müdigkeit und körperliche Schwäche (*ah komlang*, wörtlich übersetzt: „Fehlen von Kraft“) sind die am häufigsten genannten, außerdem Schlaf- und Appetitlosigkeit sowie Dyspnoe.

*„Like my daughter, she has just been pregnant and got too much hotness in her body. And she always felt sick, she could not eat, could not sleep and she got thinner and thinner.“*  
(S11, 42 Jahre, 4 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

Die Interviewpartnerinnen geben weiterhin an, dass eine Schwangerschaft selbst, die Fürsorge für das ungeborene Kind sowie insbesondere die Geburt so anstrengend sind, dass eine weitere Schwächung der Schwangeren durch ein Zuviel an Hitze, die sich bereits im Ungleichgewicht befindliche warm-kalt-Struktur ihres Körpers weiter in Dysbalance bringen und damit der Gefahr ernsthafter gesundheitlicher Probleme aussetzen kann.

Häufig sind es Verhaltensweisen der werdenden Mutter die in indigenen Vorstellungen zu einem Ungleichgewicht körperlicher Temperaturen führt. Insbesondere die Aufnahme zu großer Mengen heißer Nahrung bzw. heißer Getränke durch die Schwangere werden hierbei genannt<sup>478</sup>. Leitsymptom ist in erster Linie ein Hitzegefühl, welches die Schwangere entwickelt.

<sup>477</sup> Sei es durch das Vermeiden von als „warm“ klassifizierter Nahrung, Fernhalten von offenem Feuer oder das Meiden der prallen Sonne.

<sup>478</sup> Dabei ist damit nicht deren reale Temperatur gemeint, sondern ihr Status innerhalb des, in Kapitel IV.1 beschriebenen, komplexen Klassifikationssystems, wonach alle Nahrungsmittel den Kategorien heiß oder kalt zugeordnet werden. Diese Vorstellungen stehen teilweise im Gegensatz zu in anderen Ländern Asiens untersuchten subjektiven Vorstellungen, wonach als heiß klassifizierte Zustände oder Krankheiten „are generally seen as being caused by too much heat in the body“ (POOL (1987): 397; Hervorhebung durch den Autor selbst), also durch körperimmanente, nicht – wie hier - externale Prozesse.

### 2.7.2 Bewertung des Risikos und Strategien der therapeutischen Risikominimierung

Ein Zuviel an Wärme im Körper der Schwangeren wird von den Interviewpartnerinnen unterschiedlich bewertet. Einige benennen es zwar als ein, über die üblichen schwangerschaftsbedingten körperlichen Beschwerden hinausgehendes, Risiko. Die Symptome wie Müdigkeit oder Appetitlosigkeit decken sich jedoch mit diesen und scheinen kein gefährlicheres Potential zu haben. Andere hingegen sehen darin eine Bedrohung für die Schwangere und insbesondere das ungeborene Kind, die mit schweren körperlichen Beeinträchtigungen oder sogar dem Tod des Kindes einhergeht.

*„Women can experience a miscarriage. Because they drink alcohol, like wine and it is very hot. It makes the body very hot after drinking it. And it also causes the baby to be hot. And the baby will die from this heat. They will get bleeding and a sharp pain in their uterus. The blood is from the belly and when the baby dies it is also from the baby. It is the blood that forms the baby.”* (S5, 33 Jahre, 1. Schwangerschaft, 2. Monat)

*“When a pregnant woman eats hot things, like chili, this can be dangerous. She will feel very hot, like she will sweat a lot. It is because the chili is hot and it irritates the baby’s skin so it can cause the skin to be open and it also causes some irritation to the eyes so that the baby cannot see.”* (S26, 19 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Im Vergleich zu den teilweise sehr bedrohlichen Konsequenzen scheinen die Strategien, die von den befragten Frauen zur Risikominimierung auf präventiver und therapeutischer Ebene genannt werden, einfach umzusetzen zu sein.

Zwei wesentliche Strategien werden erwähnt. Zum einen handelt es sich dabei um das präventive Vermeiden heißer Speisen und Getränke, wie aus den obigen Zitaten bereits deutlich wurde. Zum anderen ist – so die Interviewpartnerinnen – Frischluft ein adäquates Mittel, um das Zuviel an Wärme im Körper der Schwangeren auszugleichen.

*„When I feel too much hotness, I go to some place where there is a lot of fresh air. This helps breathing well and helps to refresh the feelings. And sitting at a place which has a nice view also helps to cool down the body again.”* (S8, 30 Jahre, 2. Schwangerschaft, 3. Monat)

*“When my daughter felt ill like this [because of too much hotness], her husband always brought her to the riverside to get some air. And she felt better and much cooler after that and now the baby is very clever and very healthy.”*

(S11, 42 Jahre, 4 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

Diese Verhaltensweisen können somit nicht nur direkt Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Frau und die Abwendung von Gefahren, die aus einer Überwärmung des Körpers resultieren, haben, sondern sich auch indirekt auf die Konstitution des Kindes nach der Geburt auswirken.

## 2.8 Zusammenfassung und Diskussion

Im nun folgenden Kapitel werden die Ergebnisse zum Themenkomplex Risikovorstellungen und –konzepte der Interviewpartnerinnen abschließend reflektiert und diskutiert.

Zusammenfassend ist zu bemerken, dass sich die interviewten Frauen einer Vielzahl potentieller Gefahren in der Schwangerschaft bewusst sind. Die aus den Interviews extrahierten Risikokonzepte sind komplex, basieren auf den subjektiven Vorstellungen, Wahrnehmungen und Erfahrungen der befragten Frauen im Rahmen einer Schwangerschaft und umfassen lebensgeschichtliche, kulturelle, soziale und ökonomische Aspekte. Die in Kapitel 1 dieses Abschnittes ausgeführten, komplexen physiologischen und anatomischen Konzepte, lassen sich ebenfalls wieder finden. Dabei koexistieren bei der Betrachtung aller genannter Risiken indigene und schulmedizinische Aspekte, die sich z.T. überschneiden und/oder ergänzen, die jeweils aufgenommen, verändert und zu neuen synkretistischen Entwürfen zusammengefügt werden. Es konnten keine offensichtlichen Beispiele identifiziert werden, in denen laien- und schulmedizinischen Vorstellungen sich direkt widersprechen.

Insgesamt entstehen so neue, hybride Risikokonzepte in der Schwangerschaft. Während beispielsweise die Risiken eines Diabetes oder Tetanus eher als schulmedizinisch beeinflusste Konzepte gelten können, basieren die Angst vor übernatürlichen Kräften oder die Vermeidung eines Zuviels an Hitze eher auf indigenen Gesundheits-, Krankheits- und Risikovorstellungen.

Aber auch innerhalb der Konzeption eines Risikos, wie z.B. das einer Fehl- oder Frühgeburt, lassen sich Aspekte beider medizinischer Traditionen finden: Die Vorstellungen bezüglich der Ätiologie dieses Risikos zeigen dies deutlich: Hier werden gleichzeitig schulmedizinische und indigene Erklärungsansätze vorgebracht und zu neuen Konzepten verbunden.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen ATKINSON und FARIAS in ihrer Studie in Nordostbrasilien<sup>479</sup>. Die hier befragten schwangeren Frauen nennen eine Vielzahl an potentiellen Schwangerschaftsrisiken, die sowohl von individuellen sozio-kulturell geprägten Vorstellungen, als auch von Konzepten des biomedizinischen Modells beeinflusst sind und somit synkretistische Züge aufweisen.

Einige der explizit indigenen Vorstellungen in Kambodscha haben keinen offensichtlichen Zusammenhang mit schulmedizinischen Konzepten und können als in erster Linie von kulturellen Laienvorstellungen geprägt, interpretiert werden; dies trifft insbesondere für die Gefahr zu, die nach Ansicht der Befragten von einem Zuviel an Hitze/Wärme sowie von übernatürli-

---

<sup>479</sup> Vgl. zum Folgenden ATKINSON, FARIAS (1995): 1583ff.

chen Kräften für Mutter und Kind ausgeht. Ersteres ähnelt Vorstellungen in anderen asiatischen Kulturen. Das Konzept von Schwangerschaft als „warmen“ Zustand findet sich beispielsweise in verschiedenen Studien im südost- und südasiatischen Raum<sup>480</sup>. Auch POOL (1987) benennt die Kategorien warm und kalt in Indien als Modelle nicht nur zur Sinndeutung von Krankheiten, sondern auch zur Erklärung von Zuständen und Ereignissen wie Schwangerschaft, Geburt oder Todesfällen:

„I suggest that in the hot-cold theory puzzling phenomena such as birth, pregnancy, diseases and death are explained and made understandable and predictable by reducing them to, or seeing them in terms of familiar phenomena. The familiar phenomena in this case are those which accompany temperature changes in nature – melting, freezing, expansion, contraction, expulsion and congestion” (POOL (1987: 397).

Angesichts der Bedeutung, die diese Dichotomie in den Interviews spielt, kann vermutet werden, dass diese Aussage von POOL auch für die hier interviewten Frauen zutreffend ist.

Auch TARR und HORNG betonen in diesem Zusammenhang die Bedeutung, die das Verständnis indigener Kosmologien, wie hier des Konzeptes von warm und kalt, im Bereich der Gesundheitsversorgung von Frauen im ruralen Kambodscha hat:

„It is important to understand the cultural significance of ‚heating‘ and ‚cooling‘ in the traditional cosmological world of rural Cambodian women” (TARR, HORNG (2006): 44).

Ursache dieser Gefährdung ist nach EISENBRUCH die Folge der Nichtbeachtung von „particular codes of conduct associated with pregnancy“ (EISENBRUCH (1992): 288). Dieser Aspekt wird weiter unten untersucht<sup>481</sup>.

Die Risikovorstellungen könne nach Ätiologie, Zeitpunkt des Auftretens und Bewertung zusammengefasst werden.

Viele der schwerwiegenden Risiken in einer Schwangerschaft sind – so die Interviewpartnerinnen – durch Handlungen oder unterlassene Handlungen der werdenden Mutter selbst verursacht. Dabei werden entweder mögliche Präventivmaßnahmen versäumt, wie z.B. im Falle einer Beckenendlage, oder die Schwangere gefährdet direkt durch ihr Verhalten sich und das ungeborene Kind, z.B. im Falle eines Gestationsdiabetes. Diese Vorstellungen könnten zwei Konsequenzen haben:

Zum einen bedeuten sie einen nicht zu unterschätzenden Druck, der auf die Schwangere sowohl von gesellschaftlicher wie auch individueller Seite ausgeübt wird: Sie ist für das Auftreten eines Risikos selbst verantwortlich. Zum anderen bedeuten diese Vorstellungen jedoch

---

<sup>480</sup> Vgl. z. B. CHALMERS (1993) für indische Migrantinnen in Südafrika; GOODBURN et al. (1995) beschreiben dies für Frauen in Bangladesch.

<sup>481</sup> Vgl. Kapitel VII.3



auch, dass bestimmte Schwangerschaftsrisiken durch aktive Mitarbeit der werdenden Mutter vermeidbar sind. Hier könnten zukünftige Aufklärungskampagnen hinsichtlich der Verbesserung des Gesundheitszustandes von Schwangeren in Kambodscha sowie Maßnahmen zur Steigerung der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge ansetzen.

Hinsichtlich des Zeitpunktes, zu dem Risiken in einer Schwangerschaft manifest werden, lassen sich die in den Interviews Genannten in zwei Gruppen unterteilen: Zum einen solche, die während der Schwangerschaft auftreten, zum anderen Risiken, die sich während der Geburt (z.B. im Falle einer Beckenendlage) oder danach (im Falle etwa einer Tetanusinfektion) manifestieren. Alle in diesem Zusammenhang genannten präventiven oder therapeutischen Strategien zur Risikominimierung beziehen sich dabei jedoch auf den Zeitpunkt der Schwangerschaft, d.h. wiederum ist ein adäquates Verhalten von Seiten der Schwangeren entscheidend für den gesunden Verlauf einer Schwangerschaft.

Im Hinblick auf die Bewertung der angeführten Risiken durch die befragten Frauen ist festzustellen, dass die Mehrzahl sich auf potentiell lebensbedrohliche Gefahren für Mutter *und* Kind beziehen, was sich aus der, bereits beschriebenen, wahrgenommenen Einheit der Schwangeren und des Fetus begründen lässt. Häufig verwenden die Interviewten dabei den Begriff des Risikos (*prothoui*), mit dem der Gefahr (*antarai*) austauschbar. In ihrer Dissertation über das kambodschanische Gesundheitssystem führt CROCHET hierzu aus:

„Dans un pays au passé violent comme le Cambodge, la notion de danger (*antarai*, qui veut dire aussi destruction, malheur, adversité, calamité, accident) se rencontre davantage que le concept de risque (*prothoui*)“ (CROCHET (2001a): 377).

Auch entsprechend der Aussagen der Interviewpartnerinnen ist ein Schwangerschaftsrisiko oft mit (Lebens-)gefahr verbunden. In diesem Zusammenhang ist jedoch ebenfalls festzuhalten, dass im Rahmen der Darstellungen zu Schwangerschaftsrisiken teilweise von ein und der selben Befragten Symptome, wie z.B. abdominelle Schmerzen oder Schwäche, als Ausdruck eines Risikos benannt werden, die in Kapitel VII.1.3 dieses Abschnittes als „normale“ Schwangerschaftsbeschwerden und damit als nicht behandlungsbedürftig und gefährlich beschrieben werden. Es konnte nicht geklärt werden, ob sich diese unterschiedliche Beurteilung lediglich auf Quantität und/oder Qualität des Symptoms bezieht oder ob noch andere Aspekte diese unterschiedlichen Auffassungen begründen.

Im Hinblick auf die Bewältigung von Schwangerschaftsrisiken nutzen die interviewten Frauen viele Strategien der präventiven und therapeutischen Risikominimierung. Die Einschätzung der Risiken durch die Frauen beeinflusst dabei Art und Ausmaß der Kontrollstrategien, welche sie einsetzen, um durch ihr eigenes Handeln die Schwangerschaft für sich und ihr

Kind gesund zu beenden. Insbesondere Aspekte der Verhaltensänderung der werdenden Mutter sowie schulmedizinische Hilfe stehen dabei im Vordergrund. WHITE kommt zu ähnlichen Ergebnissen, wobei in ihrer Studie unvermeidbare Risiken eine wesentlich größere Rolle spielten, als in der vorliegenden Untersuchung:

„Women stated that some problems occur during pregnancy either because they are not preventable or because pregnant women do not carefully follow the traditional proscriptions“ (WHITE (1996): 97.).

Die Entwürfe der Befragten hinsichtlich Schwangerschaftsrisiken und ihrer Bewältigung, lassen viele Gemeinsamkeiten erkennen, die sich relativ unabhängig vom Alter der Interviewten, deren Parität, Bildungsstand oder ökonomischem Status zeigen. Gleichzeitig kann hier jedoch nicht von einem einheitlichen und kohärenten *explanatory model* von Risikovorstellungen in der Schwangerschaft gesprochen werden. Die Vorstellungen der Frauen sind z.T. sehr verschieden, sie setzen unterschiedliche Schwerpunkte und haben unterschiedliche Erfahrungen gemacht, die sie individuell deuten.

Die hier entwickelten Interpretationen, der in den Interviews dargestellten Risikovorstellungen in der Schwangerschaft, dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass unter den interviewten Frauen ein hohes Maß an Unsicherheit und - ihrer Ansicht nach - mangelndem Wissen bezüglich dieser Thematik besteht. Häufig zu beobachten sind relativ oberflächliche Vorstellungen von Risiken und eine daraus resultierende, geringe Detailtiefe bei der Darstellung dieser Vorstellungen. Dies wird von den Frauen mit mangelndem Wissen begründet. Primiparae geben dabei fehlende Erfahrungen sowohl mit einer normalen Schwangerschaft, als auch mit Schwangerschaftsrisiken an.

„*This is the first time that I am pregnant, I experienced no difficulties so far. That's why I don't know anything about what could be dangerous in pregnancy.*“  
(S5, 33 Jahre, 1. Schwangerschaft, 2. Monat)

Aber auch Multiparae verweisen oft auf ihr mangelndes Wissen bezüglich eines Themas, wenn sie damit noch keine Erfahrung gemacht haben.

„*Where this bleeding in pregnancy comes from I always asked myself this question, when the doctor told me about it. But I don't know, because I never experienced it myself.*“  
(S37, 27 Jahre, 2 Schwangerschaften, Entbindung)

Unter Umständen könnte dieses fehlende Wissen bzw. die fehlende Detailtiefe auch mit einer gewissen sozialen Isolation im Zusammenhang stehen, in der viele Frauen, insbesondere diejenigen, welche aus den ländlichen Gebieten Kambodschas in die Hauptstadt Phnom Penh kommen, leben. Die Interviewpartnerinnen, die als Beruf Hausfrau angeben, sprechen fast alle

davon, dass sie mit wenigen Menschen, außer ihren Ehemännern, über ihre Schwangerschaft sprechen.

*„I never heard of any problems [a woman can have in pregnancy]. I don't talk to anybody about my pregnancy, except my husband. It is because I live in Phnom Penh now. I never go out, to visit other houses. I just stay in my house and I work in my house.”*  
(S18, 25 Jahre, 1. Schwangerschaft, 7. Monat)

Andere Frauen berichten, dass medizinisches Personal oder auch andere Personen ihres sozialen Netzwerkes, lediglich erwähnt hätten, dass dieser oder jener Umstand ein Risiko in der Schwangerschaft impliziere, ohne jedoch hierfür weitere Begründungen abzugeben zu haben. Aber auch andere Personen, die den Frauen Wissen und Erfahrungen bezüglich Schwangerschaftsrisiken und präventivem Verhalten vermitteln, erläutern diese nach den Ausführungen der Interviewpartnerinnen nicht immer.

*„When a woman falls down the baby will die. But I don't know how this happens exactly, the old people just told me this. (S20, 30 Jahre, 1. Schwangerschaft, 7. Monat)*

Teilweise antworteten die Frauen auf Fragen, zu denen sie nichts zu sagen wussten, einfach einsilbig mit Ja oder Nein und konnten auch auf verschiedene Nachfragen nicht weiter dazu Stellung beziehen. Insgesamt variieren die Aussagen jedoch auch intraindividuell. Eine Frau, die zu einem Thema ausführlich berichtet, mag bei einem anderen lediglich schweigen. Keine der Interviewpartnerinnen hatte zu keinem Thema etwas zu sagen.

Am Ende der Interviews wurden die Frauen nach ihren Empfehlungen befragt, die sie hinsichtlich einer Verbesserung der Situation von Schwangeren in Kambodscha haben. Neben vielen anderen Aspekten (vgl. hierzu Kapitel VII.5), äußerten viele Frauen das Bedürfnis nach mehr Information, insbesondere hinsichtlich möglicher Gefahrenzeichen in der Schwangerschaft. Dies kann als Effekt des Interviews gewertet werden, da die Frauen eventuell erst hierdurch auf bestimmte Themen gestoßen wurden und den Eindruck erhalten haben, unwissend zu sein. Aus vielen informellen Gesprächen während der teilnehmenden Beobachtung in Krankenhäusern sowie mit einigen Interviewpartnerinnen im Anschluss an die Interviews, entsteht jedoch insgesamt eher der Eindruck, dass es den Frauen ein eigenes Anliegen ist, über das Thema Schwangerschaft, Schwangerschaftsrisiken und Präventivmaßnahmen ausführlich und detailliert informiert zu sein. Eine Interviewpartnerin fasst dies wie folgt zusammen<sup>482</sup>:

---

<sup>482</sup> Es handelt sich bei diesem Zitat um ein Gedächtnisprotokoll, welches im Anschluss an ein informelles Gespräch mit der Interviewpartnerin S17 (32 Jahre, 4 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung) nach ihrem Interview am 11.11.2005 verfasst wurde.

*„Pregnant women in Cambodia often don't know what they should do or not do when they are pregnant. They love their babies and they want to keep them safe, but they don't have any information and they feel shy (kham ke) and insecure talking about pregnancy.”*

### **3. Gesundheitsfördernde und präventive Verhaltensweisen**

Diesem Bedürfnis, sich um die Schwangerschaft an sich, ihre ungeborenen Kinder und sich selbst zu kümmern und insbesondere einen gesunden Ausgang der Schwangerschaft sicher zu stellen, entsprechen eine Vielzahl gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen, welche die Frauen während der Schwangerschaft im Sinne von Verhaltensnormen als sinnvoll erachten. Grundlage ist hierbei das Gefühl und das Bedürfnis der Frauen, kontrollierend in den Schwangerschaftsverlauf einzugreifen und durch eigenes Handeln aktiv etwas zu dessen positivem Ausgang beizutragen.

Die Interviewpartnerinnen benennen und erläutern eine Vielzahl dieser Maßnahmen, die häufig in einem engen inhaltlichen Zusammenhang zu den, in Kapitel 2 dieses Abschnittes erläuterten, Risikovorstellungen stehen und verschiedenen Zwecken dienen, auf die später noch eingegangen wird.

Zunächst werden die genannten Maßnahmen und Verhaltensweisen in tabellarischer Form dargestellt. Daran anschließend werden die einzelnen Kategorien erläutert und analysiert.

<b>Art der Maßnahme / des Verhaltens</b>	<b>Anzahl der Befragten, die Kategorie nennt (n = 40)</b>	<b>Prozent der Befragten, die Kategorie nennt (n = 40)</b>
<b>Allgemeine Verhaltensvorschriften</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
Nicht nach oben greifen	14	35,0
Alles schneller erledigen als Andere	12	30,0
Immer beschäftigt sein	8	20,0
Nachts nicht baden	3	7,5
Hoch gelegene Stellen meiden	2	5,0
Nicht über Etwas springen	2	5,0
Keine langen Reisen unternehmen	2	5,0
Nicht die Beine baumeln lassen	1	2,5
Beim Essen nicht umherlaufen	1	2,5
Nicht auf einer Leiter sitzen	1	2,5
<b>Essensvorschriften</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
Bestimmte Nahrungsmittel vermehrt essen	22	55,0
Bestimmte Nahrungsmittel nicht essen	17	42,5
Quantitativ mehr essen	13	32,5
<b>Arbeitsvorschriften</b>	<b>38</b>	<b>95,0</b>
Keine schwere Arbeit verrichten	27	67,5
Keine schweren Dinge tragen	10	25,0
Nicht in der Nähe von Feuer arbeiten	1	2,5
<b>Selbstfürsorglich handeln</b>	<b>22</b>	<b>55,0</b>
<b>Tnam Khmer trinken</b>	<b>21</b>	<b>52,5</b>
<b>Tragen eines geflochtenen Bandes um die Hüfte</b>	<b>7</b>	<b>17,5</b>
<b>Zufuhr von Frischluft</b>	<b>5</b>	<b>12,5</b>
<b>Keine Medikamente einnehmen</b>	<b>4</b>	<b>10,0</b>
<b>Sonstiges</b>	<b>2</b>	<b>5,0</b>
Schutz vor Infektionen	1	2,5
Klosterbesuch	1	2,5

Tabelle 14: Gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen in der Schwangerschaft (Mehrfachnennungen möglich)

Im Durchschnitt nennt eine Interviewpartnerin 5,4 Maßnahmen mit einem Range von 1-11.

### 3.1 Allgemeine Verhaltensvorschriften

Alle befragten Frauen nennen mehrere Verhaltensvorschriften, die in der Schwangerschaft einzuhalten sind und sich auf das allgemeine Verhalten der Schwangeren beziehen. Sie dienen unterschiedlichen Zwecken, welche sich wiederum entweder auf die Schwangerschaft selbst, die Geburt oder die Zeit postpartum beziehen, nie jedoch auf mehrere Zeitpunkte gleichzeitig. In vielen Fällen ist mit einer bestimmten gesundheitsförderlichen und/oder präventiven Maßnahme ein spezifisches Risiko assoziiert, das es zu vermeiden gilt.

### 3.1.1 Nicht nach oben greifen

Nicht nach oben, d.h. nicht über den eigenen Kopf greifen ist eine Verhaltensvorschrift, die von 35% (n = 14) aller Frauen genannt wird. Sie ist eng mit den anatomischen Vorstellungen verknüpft, die bereits in Kapitel 1 dieses Abschnittes ausgeführt wurden. Die dargestellten Risiken, die von einer solchen Handlung ausgehen, ähneln sich in bemerkenswerter Weise in den verschiedenen Interviews. In erster Linie ist damit die Gefahr verbunden, dass das ungeborene Kind die Nabelschnur, an der es saugt und dabei mit Nahrung versorgt wird, aus dem Mund oder allgemein seinen Halt im Bauch der Mutter verliert.

*„Old people, like my mother and my aunt told me not to reach things above my head during pregnancy, because they say the baby can't stay in the mother's belly anymore. While the baby is still there it clings to the placenta and when the pregnant woman is trying to reach things above her head, it will lose its footing. And then the woman will have a miscarriage.”*  
(S21, 23 Jahre, 2. Schwangerschaft, 5. Monat)

Die interviewten Frauen sind sich einig, dass dies nicht mit dem Überleben des Kindes vereinbar ist, eine Fehlgeburt wäre die Folge.

*„My mother told me that I should not try to reach things which are located higher than my head. Because when I try this, then the cord disconnects from the baby's mouth and then the baby will not have enough food anymore, so the baby will die.”*  
(S35, 31 Jahre, 3 Schwangerschaften, Entbindung)

Diese Präventivmaßnahme dient also in erster Linie der Vermeidung des Risikos einer Fehlgeburt.

### 3.1.2 Alles schneller erledigen als Andere

Schwangere Frauen sollten – so 30% der Interviewpartnerinnen (n = 12) – alltägliche Handlungen schneller verrichten als Andere. Morgens früher aufstehen und als Erste das Essen beenden, werden dabei konkret benannt.

*„I get up early in the morning. Earlier than everyone else, to avoid having problems during delivery. Something like that the baby doesn't want to come out. And it will take a lot of time and will be very painful.”* (S21, 23 Jahre, 2. Schwangerschaft, 5. Monat)

In allen Fällen bezieht sich diese Verhaltensvorschrift auf die Geburt, wobei ein einfaches Ursache-Wirkungsprinzip unterstellt wird: Wenn die Frau in der Schwangerschaft alles schneller erledigt, wird die Geburt selbst ebenfalls schnell verlaufen.

*„When I am fast during pregnancy, the delivery will also be fast.”*  
(S28, 21 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Die meisten Frauen, die diese Präventivmaßnahme benennen, handeln nach eigenen Angaben auch danach.

### 3.1.3 Weitere allgemeine Verhaltensvorschriften

Neben den bereits ausgeführten Präventivmaßnahmen, die als allgemeine Verhaltensvorschriften klassifiziert werden können, werden eine Vielzahl an einzelnen Handlungen genannt, die von Schwangeren im Alltag nicht ausgeführt werden sollen. Nicht immer war dabei zu ergründen, warum die einzelnen Handlungen entweder gefährlich für die Schwangerschaft sein können, ihr Vermeiden somit eine Präventivmaßnahme darstellt, oder warum sie im Sinne einer gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu verstehen sein könnten. In vielen Fällen benennen die Interviewten diese im Sinne einer Aufzählung, ohne jedoch detaillierter dazu Stellung beziehen zu können.

*„I am living with my sister now that I am pregnant. And she and old people tell me a lot of things I should not do. Like I (...) should not take a bath at night. I should not sit on a ladder and I should not jump over a fence. But I don't know why I should not do all this. I just keep with these advices.“* (S1, 24 Jahre, 1. Schwangerschaft, 3. Monat)

Die Frauen, die ausführlicher zu diesen und weiteren Handlungsanweisungen Stellung beziehen, sind entweder Primiparae im dritten Trimenon ihrer Schwangerschaft oder Multiparae. Ihren Vorstellungen entsprechend dienen diese dem Erhalt und gesunden Verlauf der Schwangerschaft. Verhaltensweisen, wie z.B. das Vermeiden langer Reisen, Springen über Hindernisse oder das Sitzen auf einer Leiter sowie das Meiden hoch gelegener Stellen sind dabei nicht per se, sondern in ihren möglichen Konsequenzen, gefährlich: Von einer Leiter könnte man ebenso herunter fallen wie von einer anderen hoch gelegenen Stelle; beim Springen besteht die Gefahr des Stolperns. Ein nächtliches Bad bedeutet unter Umständen Baden ohne Licht oder mit schlechter Beleuchtung, wobei die Gefahr des Stolperns und Fallens groß ist. Lange Reisen auf den häufig schlechten Straßen Kambodschas kann eine zu große körperliche Belastung für die Schwangere und ihr Ungeborenes bedeuten.

*„Pregnant women should not make a long trip. Sometimes the road is not in a good condition and when the woman is sitting in a car, this can affect the baby. The car might jump up and down and she will get abdominal pain. A lot of pain. And if the pain is getting sharper and sharper it will be very bad for the babies' health.“*  
(S38, 22 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Zum anderen soll mit einigen der genannten Verhaltensvorschriften wiederum eine unkomplizierte, schnelle Geburt sicher gestellt werden. Insbesondere ist mit dieser Absicht die Vorstel-

lung verknüpft, die Verhaltensweisen trügen dazu bei, das ungeborene Kind nicht zu sehr zunehmen zu lassen, so dass es leichter zu entbinden sei.

*„My mother told me not to take a bath at night, because this makes the baby fat and it will be hard to deliver.”* (S26, 19 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Jedoch dienen diese Maßnahmen auch noch anderen Aspekten einer unkomplizierten Entbindung. So ist das Sitzen in einer Position, in der die Beine nicht baumeln können, ebenfalls einer schnellen Entbindung dienlich. Dem liegt die Vorstellung zugrunde, dass alles was die Schwangere während der Schwangerschaft tut, sich auf den Geburtsverlauf auswirkt. Das Sitzen während der Schwangerschaft in einer – in den Vorstellungen der Frauen – der Geburt des Kindes entgegen wirkenden Haltung, könnte demnach zu möglicherweise gefährlichen Konsequenzen bei der eigentlichen Entbindung führen.

*„I always put my legs on the bed when I sit there. I never allow them to dangle. It is like when the baby comes, it can come out very fast. There will be no problem, like that it comes out only half or other problems. So that the whole body can come out. If I sat with my legs dangling, it might affect the delivery, the baby could get stuck, because sitting like this is not a good position for delivering a baby.”*(S9, 32 Jahre, 1. Schwangerschaft, 9. Monat)

### **3.2 Essensvorschriften**

Alle Interviewpartnerinnen benennen Verhaltensvorschriften, die sich auf die Nahrungsaufnahme beziehen. Die Vorstellungen, die diesen Angaben zugrundeliegen, sind höchst komplex, lassen jedoch zwei Grundmuster erkennen: Zum einen bezüglich der Art und zum anderen bezüglich der Quantität der aufgenommenen Nahrung.

#### 3.2.1 Bestimmte Nahrungsmittel vermehrt essen

13 Frauen (32,5%) geben zunächst allgemein an, in der Schwangerschaft mehr zu essen, unabhängig von der Art der Nahrung. Grundsätzlich sind diese Aussagen mit der Vorstellung verknüpft, dass Schwangere allgemein geschwächt sind und diese Schwäche in erster Linie mit einer Steigerung der Nahrungsaufnahme behoben werden kann.

*„From my point of view I think eating a lot can help keeping the baby healthy. And it also helps to reduce the weakness that pregnant women feel, especially in the first months of pregnancy. Eating a lot makes the mother strong.”* (S19, 27 Jahre, 1. Schwangerschaft, unbekannter Monat)

Die Ansicht, dass die Gesundheit der Mutter und ihres ungeborenen Kindes in der Schwangerschaft durch das Essen spezifischer Nahrungsmittel gefördert werden kann, lässt sich ebenso vielfach in den Interviewaussagen finden. 55% der Interviewpartnerinnen (n = 22) geben



an, in der Schwangerschaft bestimmte Nahrungsmittel vermehrt zu essen bzw. essen zu wollen.

*„I always eat fresh food and I drink a lot of fruit juice, because they enhance the health of myself and the baby.“* (S6, 18 Jahre, 1. Schwangerschaft, 8. Monat)

Dabei werden zuerst meist frisches, vor allem grünes, Gemüse sowie Früchte genannt, die zur Gesundheitsförderung beitragen. Die damit verknüpften Vorstellungen sind teilweise explizit mit der Inanspruchnahme staatlicher Schwangerenvorsorge verknüpft. Die Befragten geben an, dass schulmedizinisches Personal ihnen geraten habe, in der Schwangerschaft vermehrt diese Lebensmittel zu essen.

*„The doctor at RHAC advised me to eat more, especially dark green vegetables. It is a medical method to keep the mother and the baby healthy in pregnancy. Because this kind of food contains a lot of iron. And this produces a lot of blood in the pregnant woman. She needs it, because she will lose blood during the delivery. And the iron also makes the baby strong and clever.“* (S28, 21 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Diese Ratschläge werden von den Frauen mit subjektiven Vorstellungen verknüpft. Häufig kommt es dabei zu einer Umdeutung oder Bedeutungserweiterung schulmedizinischer Präventivmaßnahmen. In Bezug auf Nahrungsmittel werden Inhaltsstoffe, vor allem Vitamine und Eisen, in erster Linie in Zusammenhang mit einem Konzept von Stärke - hier auch im Sinne von Gesundheit verwendet - interpretiert. Grünes Gemüse und Früchte stärken die Gesundheit der Schwangeren und des Ungeborenen, fördern die normale Entwicklung des Kindes und sorgen für eine kräftige, gesunde Gebärende und die schnelle Erholung der Wöchnerin nach der Geburt.

*„I eat fresh fruit and fresh vegetables which contain a lot of vitamins. They make the baby healthy and also beautiful. And they make the baby strong after delivery. And I will not be very weak (k'saoee) after I delivered this baby. I will be able to get up soon again and start working again.“* (S18, 25 Jahre, 1. Schwangerschaft, 7. Monat)

Einige Frauen geben zudem therapeutische Aspekte dieser Verhaltensweise an.

*„When I felt very weak (k'saoee) the last month, I started eating good food. Like cabbage and beans, and I also ate mango. My husband always bought some green vegetables. And I try to keep eating more of these, because they contain iron and also vitamins. I don't know what this exactly is, but it makes me feel better. Much stronger and when I am strong I will be healthy and then the baby will also be healthy.“* (S1, 24 Jahre, 1. Schwangerschaft, 3. Monat)

Aus vielen dieser Aussagen wird die Überzeugung der Frauen deutlich, aufgrund ihres Wissens bezüglich adäquater Ernährung in der Schwangerschaft, diese selbst positiv beeinflussen zu können.

Demgegenüber geben jedoch einige Frauen an, dass sie nicht mehr essen könnten oder sogar quantitativ weniger in der Schwangerschaft äßen, da sie sich hierfür zu schlecht fühlten. Dieser Umstand wird insbesondere im Zusammenhang mit Übelkeit und Erbrechen genannt.

Aber auch ökonomische Probleme führen dazu, dass einige der Interviewpartnerinnen sich nicht an die, von ihnen als wichtig für einen gesunden Verlauf der Schwangerschaft eingestufteten, Verhaltensregeln halten können.

*„I felt very weak (k'saoee) and tired, especially as I live in a rural area I didn't have enough food to eat. No fruit, no vegetables, so my body was even weaker. And I struggled to eat more of this kind of food, I felt that they would help me getting stronger again and also that they would make the baby healthy. Because this kind of food contains a lot of iron and this iron makes the baby strong and develop in the right way, like the arms are there and the legs. But I had to be patient. I couldn't afford to buy fruit. I am poor.“*

(S10, 40 Jahre, 3 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

### 3.2.2 Bestimmte Nahrungsmittel meiden

42,5 % der Interviewpartnerinnen (n=17) erläutern, bestimmte Nahrungsmittel seien für Schwangere nicht geeignet. Dabei werden unterschiedliche Aspekte benannt, denen subjektive Vorstellungen zugrunde liegen, die wiederum in Teilen die Exposition der Frauen gegenüber schulmedizinischen Ratschlägen erkennen lassen.

Hierzu zählt in erster Linie die Aussage, Schwangere sollten nicht zu viel Salzigen und Süßes zu sich nehmen. Dies steht in direktem Zusammenhang mit den in Kapitel 2 dieses Abschnittes beschriebenen Risiken, die hiervon für die Gesundheit von Mutter und Kind ausgehen. An dieser Stelle deshalb nur noch ein Beispiel.

*„And in the case of food, pregnant women should not eat salty things like prohok<sup>483</sup> or salty eggs, because this causes swellings on the legs. And if a pregnant woman is not careful and eats a lot of salt she might get this and then it will be very difficult to deliver. The baby will also get these swellings and it will be very fat. So it will be difficult to deliver.“*

(S36, 23 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Aber auch das Meiden von Genussmitteln, vor allem Alkohol und Zigaretten, wird von den befragten Frauen genannt. Dabei bleiben die Gründe, weshalb dies geschehen soll, in allen Fällen unklar. Die Frauen geben an, eine Ärztin oder Hebamme habe ihnen dies gesagt, sie selbst wüssten nicht genau warum diese Art von Genussmitteln schädlich seien.

*„I don't know why I should not drink alcohol. The doctor only told me this, like it is not good for my health.“* (S38, 22 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Lediglich eine Interviewpartnerin bezieht die Alkoholkarenz, zu der ihr ihre Ärztin geraten hat, auf die bereits erwähnte warm-kalt-Konzeption im Hinblick auf Gesundheit.

<sup>483</sup> Getrockneter, sehr salziger Fisch

*„As far as I know from the doctor at the hospital, pregnant women should not drink alcohol or smoke cigarettes or be near someone who smokes. She told me this. Maybe it is because smoking or drinking alcohol can cause some kind of disease. Oh, and maybe it is because I always feel very hot when I drink some wine. And then the baby is hot too. And then the baby gets weak (k'saoee). Maybe that's why I should not drink alcohol.”*

(S4, 20 Jahre, 1. Schwangerschaft, 6. Monat)

Neben diesen Verhaltensvorschriften, die in erster Linie präventiven Charakter haben, werden auch andere Vorsichtsmaßnahmen im Hinblick auf Nahrung von den Interviewten erläutert.

So sei es beispielsweise für eine Schwangere ratsam, nur solche Nahrung zu sich zu nehmen, die sie kennt, d.h. bereits vor der Schwangerschaft schon einmal gegessen hat. Sie soll nichts Verdorbenes essen und kein Obst oder Gemüse verzehren, das nicht gewaschen ist. Entsprechend der subjektiven Sichtweisen der Frauen, wird Bekanntes und Sauberes als weniger gefährvoll interpretiert.

*„When a woman is pregnant it is very important to eat things she has eaten before she was pregnant. Like I only ate things I knew and I didn't try anything else. Things I don't know might be dangerous for the baby: The food which I have eaten before, I know that it is ok for me. So it will also be ok for the baby. And the food I don't know might not be ok.”*

(S17, 32 Jahre, 4 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

*„I am not so sure about [why unwashed food is bad in pregnancy]. But I think because it is dirty and stinky and maybe that's bad. It looks bad and it smells bad, so it can't be good for my health. I would not eat this kind of food, because I would be afraid that I would endanger my health and the health of the baby.”* (S25, 21 Jahre, 1. Schwangerschaft, 9. Monat)

Weiterhin soll Nahrung mit bestimmten Eigenschaften hinsichtlich Form und/oder Geschmack gemieden werden. In Bezug auf die Form bestimmter Lebensmittel, vor allem bestimmter Gemüsesorten, ist eine starke Analogiesetzung zu konstatieren: Zu vermeiden sind alle Nahrungsmittel mit einer länglichen Form oder langen Stielen. Diese könnten sich – so die Vorstellung – mit dem ungeborenen Kind verbinden und es zum Zeitpunkt der Geburt im Mutterleib festhalten.

*„My mother told me that I should not eat vegetables that have this, like pumpkin. Pumpkin has a long peduncle. This is the pumpkin and this is the thing which connects it to the plant. Or things which have a long thin shape like egg-plant. I should not eat it. Or fruits that have a long shape, like bananas. Because she said, that these things will attach to the uterus and to the baby. And at the time of delivery, it pulls the baby back, so that the baby cannot come out.”*

(S10, 40 Jahre, 3 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

Auch die Vorstellungen von Gesundheit als einer Balance zwischen warm und kalt spielen in Bezug auf die Geschmacksqualitäten bestimmter Nahrungsmittel eine wichtige Rolle. Um zu vermeiden, dass dem Kind zu heiß wird und dadurch gesundheitliche Folgeschäden zu befürchten sind, sollte in der Schwangerschaft als warm klassifizierte Nahrung gemieden wer-

den. Hierzu zählt vor allem Scharfes wie z.B. Chilischoten, aber auch eher saure oder bittere Lebensmittel, wie Mango, sollten möglichst nicht verzehrt werden. Die Folgen, die hiermit verbunden sein können, wurden bereits in Kapitel VII.2.7 dargestellt. Im Wesentlichen ist das ungeborene Kind davon betroffen: Heißes Essen führt zu einer Dysbalance im Körper der Mutter, von der das Kind direkt in seiner Entwicklung betroffen ist. Neben allgemeinen Aussagen, dies sei schlecht für die Gesundheit des Kindes, werden konkret benannt: Störungen in der Entwicklung der Augen, der Haut und der Extremitäten des Fetus.

*„Chili heats up the mother’s body and it heats up the baby as well. Before I used to eat like five chilis a day, now that I am pregnant I reduced to only two, because I felt so hot, after eating them and I was afraid that the babies’ arms might be too short or maybe it will have some problems with its eyes after it is born.”* (S8, 30 Jahre, 2. Schwangerschaft, 3. Monat)

*“I heard from the old people that pregnant women should not eat bitter fruit like mango and spicy food. I don’t know, but I heard it. Especially when the due date is near, they should not eat this kind of food, because the skin of the baby closes only shortly before it comes out. And the bitter and spicy things will prevent the skin from closing. Then the skin of the baby will be open.”* (S29, 25 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

### 3.3 Arbeitsvorschriften

Nahezu alle Interviewpartnerinnen (95%, n= 38) nennen Verhaltensregularien, welche die Arbeit einer Schwangeren betreffen. Im Wesentlichen ist dabei schwere, körperliche Arbeit gemeint, welche die meisten Frauen zu vermeiden oder zu reduzieren suchen, da sie einer der Hauptrisikofaktoren für eine Fehl- oder Frühgeburt ist. Hausarbeiten, die in Kambodscha insbesondere für arme Frauen mit körperlichen Anstrengungen verbunden sind, wie z.B. Wäsche waschen, Wasser holen, Holz hacken, schwere Dinge tragen sowie Feldarbeit sollten dabei besonders gemieden werden. Viele Frauen erläutern die Bedeutung dieser überwiegend präventiven Maßnahme anhand von Erfahrungen, die nahe Angehörige gemacht haben. Dabei machen die Interviewpartnerinnen auch auf Nachfrage keine genauen Angaben dazu, wie genau schwere körperliche Arbeit als Risikofaktor wirkt. Entscheidend scheint zu sein, dass ein konkretes, an Anschauungsbeispielen nachvollziehbares Risiko von ihr ausgeht, um ein entsprechendes präventives Verhalten bei den Frauen zu induzieren.

*„I did everything when I was pregnant, except hard work. I stopped washing clothes and I also asked my husband to carry the water. This hard work should not be done by pregnant women, because it affects the baby. I have a sister-in-law who was pregnant for five months and she carried water. And then she lost the baby. I didn’t want this happen to me.“*

(S37, 27 Jahre, 2 Schwangerschaften, Entbindung)

*„Another sister of mine, when she was pregnant she wanted to eat a fruit and she tried to take the fruit from the tree with a heavy stick. I think it was made out of steel. And she tried very*

*hard, but could not get the fruit. Then she had to stop, because she got some pain in her abdomen. After this a few days later the baby died in her womb.”*  
(S23, 25 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Aber auch schulmedizinische Beratung trägt dazu bei, dass einige der Interviewpartnerinnen schwere Arbeit in der Schwangerschaft vermeiden. Wie bereits in anderen Zusammenhängen deutlich wurde, wissen diese Befragten jedoch nur, *dass* sie nicht schwer arbeiten sollen, jedoch nicht *warum*.

*„Not working hard, only doing light work, that’s what a pregnant woman should do. She should not carry water. And I don’t know why, the doctor just told me not to do that.”*  
(S30, 21 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Jedoch auch andere Informationsquellen scheinen keine genaueren Angaben zu den Gründen zu machen, warum schwere Arbeit in der Schwangerschaft vermieden werden sollte.

*„Working hard in pregnancy causes miscarriage. So working hard is not good for pregnant women. A lot of people say this, like my mother. She told me that if a woman is pregnant she should not work hard. No more explanations.”*  
(S22, 22. Jahre, 2 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

Entsprechend allgemein gehalten sind die auf Nachfrage genannten Erklärungen, warum schwere körperliche Arbeit in der Schwangerschaft vermieden werden sollte.

*„In pregnancy you should not work hard, because it can affect the baby in a bad way. I don’t know anything else about this topic.”* (S25, 21 Jahre, 1. Schwangerschaft, 9. Monat)

*“As I said, working hard is not good for a pregnant woman, because it affects the health of the mother and the baby.”* (S9, 32 Jahre, 1. Schwangerschaft, 9. Monat)

Einige Frauen gehen davon aus, dass die meisten Schwangeren wissen, dass sie nicht schwer körperlich arbeiten sollen. Sie vermeiden dies, gerade *weil* sie es wissen und weil sie das Beste für sich und insbesondere ihr ungeborenes Kind wollen.

*„Most of the women who are pregnant avoid working hard. They know that it can be dangerous and they know that it might be bad for the baby’s health. They don’t do the hard work, because they love their babies and they love their own body.”*  
(S33, 33 Jahre, 2 Schwangerschaften, Entbindung)

Dem gegenüber stehen die Aussagen vieler Frauen bezüglich der Notwendigkeit, harte Arbeit zwar zu meiden, jedoch in der Schwangerschaft nicht unbeschäftigt zu sein. Dies ist mit der Vorstellung verbunden, immer etwas zu tun, d.h. nicht „zu faulenz“, habe eine problemlose, schnelle Geburt zur Folge. Acht Frauen (= 20%) erläutern, dass ein Zuviel an Ruhe und Entspannung das ungeborene Kind faul werden lässt. Es nähme dann an Gewicht zu und sei in

der Konsequenz zum Zeitpunkt der Entbindung groß und schwer, was eine langwierige und schmerzhafte Geburt zur Folge habe.

*“In pregnancy you should not just sit around doing nothing, but you should keep yourself busy all the time. It helps during delivery, it makes the delivery faster. The baby will be small and thin, because when the mother is keeping herself busy, the baby will also be busy all the time and it will not put on so much weight.”*(S38, 22 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

*„The older people told me that I should not sleep during the day that I should always work. Not the hard work, but some light work. Because when I stop working completely the baby will be lazy. And it wants to stay inside my belly and will not come out. I do light work now, like cleaning the house or washing the dishes because this will make the delivery easy.”*  
(S1, 24 Jahre, 1. Schwangerschaft, 3. Monat)

Zusammenfassend gesprochen dienen die Arbeitsvorschriften in erster Linie der Vermeidung von Risiken in der Schwangerschaft und während der Geburt.

### **3.4 Selbstfürsorgliches Handeln**

Unter dem Konzept „Selbstfürsorgliches Handeln“ werden unterschiedliche Aussagen aus den Interviews zusammengefasst, die sich allgemein auf eine gesunde Lebensweise der Schwangeren beziehen. Über die Hälfte der Befragten (55%, n=22) nennt solche Handlungen, die insofern als gesundheitsförderliche Verhaltensweisen in der Schwangerschaft aufgefasst werden können, als sie dem Wohlbefinden der Mutter (und damit in der Logik der Befragten des Fetus) dienen und die Gesundheit von Mutter und Kind fördern. Sie dienen damit indirekt auch der Risikovermeidung und Geburtsvorbereitung und zwar deshalb, weil die Mutter durch eine gesunde Lebensführung gegenüber möglichen Risiken während der Schwangerschaft gewappnet ist und sicherstellt, dass sie ausreichend für die körperlichen Anstrengungen, die mit einer Geburt verbunden sind, vorbereitet ist.

Konkret soll die werdende Mutter leichte gymnastische Übungen machen, um körperlich fit zu bleiben. Wichtig ist auch, dass sie genug isst und schläft.

*„In pregnancy you should eat enough, at least three meals a day, in order to stay healthy. And to be prepared for delivery. Because when you eat enough you will be strong and you need to be strong at the time of delivery. Very strong.”* (S34, 35 Jahre, 3 Schwangerschaften, Entbindung)

*“And I do exercises, every day I do three of them. The first one, I sit down on the floor with the arms pretending to swim. The second one, I lie on the floor, but on the back and I do with my legs like this, like driving a bicycle. And the last one I stand and I move my pelvis forward and backward. I feel very refreshed after doing this, I feel my body very clearly and I feel that I am ready for delivery, because I am strong. Doing exercises is a good way to stay in good health.”*  
(S9, 32 Jahre, 1. Schwangerschaft, 9. Monat)

Wenn die Schwangere müde ist, sollte sie sich ausruhen, denn sie ist allein durch die Schwangerschaft vermehrten Anstrengungen ausgesetzt, die es durch Ausruhen, auch tagsüber, zu kompensieren gilt.

*„I rested a lot when I was pregnant, because I felt that the baby made me so tired. I lived another life when I was pregnant, I lived for two so I had to sleep for two as well, especially in the last months of pregnancy.”* (S24, 28 Jahre, 4 Schwangerschaften, Entbindung)

Die zum Teil widersprüchlichen Anforderungen, die hierbei an Schwangere gestellt werden, lösen bei einigen Frauen, vor allem den Primigravidae, Verunsicherung aus.

*„Some of my relatives told me that I should (...) always be busy and that I should not sleep during the day. Others told me that taking a nap in the afternoon is good for my health, some say it makes it hard to deliver. And I don't know whom to believe.”*  
(S28, 21 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

### 3.5 Tnam Khmer trinken

52,5 % der Befragten, also 21 Frauen, geben an, zu unterschiedlichen Zeitpunkten während der Schwangerschaft ein, nach indigenen Rezepten zusammengestelltes, Getränk zu trinken, das als *Tnam Khmer* bezeichnet wird<sup>484</sup>. Dabei werden Bestandteile von Pflanzen, wie z.B. Blätter, Wurzeln, Rinde etc. mit Wasser, seltener mit Wein, vermischt<sup>485</sup>. Die Pflanzen werden entweder von den Frauen selbst, deren Ehemänner oder weiblichen Angehörigen gesammelt oder als fertige Mischung auf dem Markt, manchmal auch bei einem indigenen Arzt, einem *Kru Khmer*, gekauft. Die meisten Frauen geben an, unterschiedliche Variationen dieses Getränkes zu kennen, die jedoch alle dem gleichen Zweck dienen (vgl. unten).

*„There are different kinds of Tnam Khmer, like one called Banjak k'eid or another called Chetul bonmoan in Khmer. You can collect the ingredients by yourself. But sometimes women go to the market to buy them there. You dry them and boil them with water, and then you try to drink as much as you can. If you drink Tnam Khmer and you are pregnant, then the delivery will be fast and there won't be so much pain.”*  
(S14, 25 Jahre, 2 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

Die Herstellung wird von einigen Frauen, insbesondere den Älteren, d.h. über 35-Jährigen und Mehrgebärenden, als sehr komplex und aufwendig beschrieben.

*„When I knew that I was pregnant, I bought a snake and I grilled this snake and put it in wine and I kept it there until the eighth month of my pregnancy. Then I collected some small coconuts*

<sup>484</sup> Wörtlich übersetzt bedeutet *Tnam Khmer* eigentlich nur „Getränk der Khmer“ oder „Khmer-Getränk“. Alle Interviewpartnerinnen benennen jedoch damit spezifisch für Schwangere zubereitete Getränkemischungen, die unterschiedlichen Zwecken dienen. Aus Gesprächen mit meiner Feldassistentin und anderen Khmer wurde jedoch deutlich, dass der Begriff auch im Zusammenhang mit Getränken benutzt wird, die als Heilmittel gegen bestimmte Krankheiten eingesetzt werden.

<sup>485</sup> Eine Übersicht der wichtigsten Pflanzen und Pflanzenbestandteile, die in Kambodscha zu *Tnam Khmer* verarbeitet werden, findet sich bei CROCHET (2001b): 452f. und KHAM (2004)

*that fell from the trees. Seven coconuts but from different trees and I boiled them with water. And rangphum flower, this one I also collected and boiled it with water. I went to the riverside, there is a place where a lot of people come to pray and there is a Buddha. I bought a Lotus from a monk and I also boiled some water with this Lotus in it. After I did all this I mixed everything together and then I started drinking it every day until I delivered. This Tnam Khmer helps to deliver fast and the coconuts make the baby beautiful and clean the baby in the uterus.”* (S12, 44 Jahre, 6 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

Das Getränk wird üblicherweise in Mengen von mehreren Litern am Tag getrunken. Einige Frauen geben an, je mehr davon getrunken werde, desto effektiver sei seine Wirkung.

Die Angaben wann in der Schwangerschaft damit begonnen wird, variieren: Einige Frauen fangen an *Tnam Khmer* zu trinken, sobald sie wissen, dass sie schwanger sind; andere tun dies erst ab dem 3. Trimenon ihrer Schwangerschaft.

*„My mother advised me to drink some kind of traditional medicine in pregnancy. Now I am drinking it every day and I started when I was seven months pregnant.”* (S2, 25 Jahre, 2. Schwangerschaft, 7. Monat)

Das Trinken einer solchen Getränkemischung dient in erster Linie der Geburtsvorbereitung. Die meisten Frauen geben an, *Tnam Khmer* helfe bei einer schnellen und leichten Entbindung. Entsprechend den Vorstellungen der Befragten kann dies auf unterschiedliche Weise geschehen. Zum einen sorgt es dafür, dass der Fetus im Mutterleib schlank bleibt; es sei deshalb leicht, ihn zu entbinden.

*„I drank some Tnam Khmer when I was pregnant, because I was afraid that the baby might be fat and that it would be very painful to deliver it. The Tnam Khmer helped to keep the baby thin and therefore it helped to deliver easily.”* (S31, 41 Jahre, 9 Schwangerschaften, Entbindung)

Zum anderen hilft das Getränk dabei, die Zervix schnell zu öffnen und damit ebenfalls den Geburtsvorgang zu beschleunigen.

*„I took some traditional medicine when I was pregnant. Old people told me to drink this Tnam Khmer, and they made it for me out of the root of some tree, but I don't know which tree this was. And the old people say when the delivery is near, it opens the cervix very fast. And then the baby can come out without any difficulties.”* (S34, 35 Jahre, 3 Schwangerschaften, Entbindung)

Den Vorstellungen anderer Frauen entsprechend, dient das Trinken von *Tnam Khmer* auch dem Erhalt der Gesundheit des Kindes. Sowohl im Allgemeinen, wie auch in der besonderen Situation, dass die Schwangere einmal unachtsam sein sollte und nicht ausreichend auf ihr ungeborenes Kind aufpasst.

*„My mother told me to drink some Tnam Khmer from the beginning of my pregnancy. So I bought it at the market and I drank it. And on the package it says ‘medicine for to take care of*



*the baby and keep it healthy'. It is made out of the root of some tree and I wash it, then boil it and then I drink it. It can be drunk like tea. Anytime I feel thirsty, I drink it."*  
(S20, 30 Jahre, 1. Schwangerschaft, 7. Monat)

*„I drank it [the Tnam Khmer] to protect the baby, because sometimes I forgot the baby and I worked hard. And if I work hard and I do not anything to protect the baby, it will affect the babies health. And I drank this Tnam Khmer to protect the baby, just in case I forget that the baby is there. I started drinking it from the moment my period stopped."*  
(S35, 31 Jahre, 3 Schwangerschaften, Entbindung)

Insgesamt dient das Trinken von *Tnam Khmer* also im Wesentlichen der Geburtsvorbereitung und damit der Vermeidung des Risikos einer lang dauernden, schmerzhaften Entbindung sowie dem Schutz des ungeborenen Kindes. Es ist somit in erster Linie als präventive Verhaltensweise anzusehen.

### **3.6 Tragen eines geflochtenen Bandes um die Hüfte**

Das Tragen eines geflochtenen Bandes um die Hüfte ist zunächst keine schwangerschaftsspezifische Präventionsmaßnahme. Viele Frauen in Kambodscha tragen dieses Band auch im Alltag und schützen sich damit vor verschiedenen magischen Gefahren. In der Schwangerschaft erhält es jedoch eine spezifische Bedeutung, da es dem Schutz vor bestimmten, nur in der Schwangerschaft auftretenden, Risiken für Mutter und Kind dient. Dabei gelten Schwangere gegenüber magischen Gefahren als gefährdeter und schutzloser als nicht schwangere Frauen.

*“When I was pregnant I was afraid that ghosts come to scare me. So this string protects me from the ghosts coming to me. Ghosts can be dangerous, because when a woman is pregnant and she gets a big fear, she can die from this. And because the baby is inside the mother’s belly, the baby will also die.”* (S31, 41 Jahre, 9 Schwangerschaften, Entbindung)

*„I wear this string around my waist to protect me from bad dreams. And also from ghosts who can do some harm to the baby. I use it, because I have these bad dreams and it is to sweep them away. Yes, it takes away the bad dreams, but I don’t know how. It is just some kind of traditional belief.”* (S6, 18 Jahre, 1. Schwangerschaft, 8. Monat)

Zwei Interviewpartnerinnen erwähnen explizit, dass das geflochtene Band nicht nur in der Schwangerschaft von Nutzen sei und bestätigen damit die Bedeutung, die der Glaube an übernatürliche Kräfte auch in anderen Lebenszusammenhängen haben kann.

*„I wore this string around my waist when I was pregnant, but it is not only for pregnancy. I always wear it. It is a Khmer belief and I have my business and I have to deal with many people. And some people like me and some people hate me. So I have to protect myself from the people who hate me. And when I was pregnant I had to protect the baby in my womb so that these people can’t do any harm to it.”* (S34, 35 Jahre, 3 Schwangerschaften, Entbindung)

17,5 % der Befragten (n=7) geben an, das Band in der Schwangerschaft regelmäßig zu tragen. Insgesamt wird diese Präventivmaßnahme ambivalent bewertet: Häufig geben die interviewten Frauen an, davon gehört, jedoch selbst keine Angst vor Geistern zu haben oder an diese nicht zu glauben. Und auch eine Portion Pragmatismus lässt sich in den Aussagen wieder finden: Das Band sei unbequem, es störe im Alltag oder es sei schlicht hässlich, so dass ein Tragen für die betreffenden Frauen nicht in Frage kommt.

*„In my opinion, it is not necessary to wear this string in pregnancy. I am not afraid of ghosts. It is just an old belief, there is nothing to be frightened of. And also I am not used to it. It would feel uncomfortable, if I wore it and I don't want to feel like this, especially not when it is very hot.”* (S26, 19 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Die Befragten, die diese Maßnahme nutzen, beurteilen sie hingegen als wichtig, um das ungeborene Kind vor Geistern zu schützen.

*„I wear this string around my waist, because the old people tell the young women to wear it, to be protected from being harmed by ghosts. Or being harmed by bad fellows. And also if the person who made this string is magically strong, the woman is protected very well. But if the person who made it is not so strong, then ghosts or other people can do some harm to the woman. We have different strings, some are for pregnancy, some are for other people. I started wearing it in the fourth month, because the baby looks like a human being then and the ghosts can recognize this shape, so the baby might be in danger of being stolen out of the womb.”* (S7, 25 Jahre, 2. Schwangerschaft, 4. Monat)

Andere Befragte benennen den Zweck dieser Präventivmaßnahme etwas allgemeiner.

*„The string protects me and especially the baby from all kinds of magical harm. The person who made it, a man in a pagoda, told me like this: Some people are evil and sometimes there are ghosts around. All have bad thoughts and want to do some harm to my baby. So this string will protect me and the baby.”* (S30, 21 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

In allen Fällen, in denen das geflochtene Band als Präventivmaßnahme benannt wird, steht jedoch die Abwehr von nicht sichtbaren, übernatürlichen Phänomenen im Vordergrund, die bereits in Kapitel VII.2.3 als Risiken in einer Schwangerschaft ausgeführt wurden.

### **3.7 Weitere Präventivmaßnahmen**

Abschließend sollen nun noch einige Präventivmaßnahmen erläutert werden, die von einigen wenigen Frauen als solche benannt werden<sup>486</sup>. Hierzu zählen die Zufuhr von frischer Luft (n=5, 12,5%), das Vermeiden der Einnahme von Medikamenten in der Schwangerschaft (n=4, 10%), sowie der Schutz vor Infektionen und Besuche im Kloster (jeweils n=1, 2,5%).

---

<sup>486</sup> In Klammern die Anzahl der Nennungen in absoluten und relativen Zahlen

Wie in Kapitel VII.2.7.2 dargestellt, dient die Zufuhr von frischer Luft in erster Linie der Vermeidung von zu viel Hitze. Das Sitzen oder Spaziergehen an Orten mit viel frischer Luft, in erster Linie in Form von Wind<sup>487</sup>, wie z.B. an einem Flussufer, oder am Fuße eines Berges erfrischt, gibt neue Kraft und hilft so, das Risiko von zu viel Hitze zu vermeiden.

*„I always sit at the riverside, usually in the afternoon. There I do some exercises. It refreshes my mind and my body and it runs away the heat from me. I sit in the wind and the wind cools my body down. When I come back home I feel strong again, that's why I always go there.”*  
(S3, 20 Jahre, 1. Schwangerschaft, 8. Monat)

Weiterhin geben einige Frauen an, die Einnahme von Medikamenten in der Schwangerschaft auf ein Minimum zu begrenzen, wobei sich dies in erster Linie auf schulmedizinische Medikation bezieht. Alle Frauen, die sich hierzu äußern geben an, es sei schädlich, Medikamente in der Schwangerschaft einzunehmen. Nur eine der Befragten hat hierfür eine Begründung: Diese Medikamente – so die Aussage – würden sich nicht mit dem *Tnam Khmer* vertragen.

*„I did not take any medication in pregnancy, I just drank Tnam Khmer. I avoided the iron the doctor gave me, because I was afraid that this would not work together with the Tnam Khmer. This is called ‘medicine to protect the baby’. The doctor told me that the iron is also to protect the baby. I was not sure which one to take. Then I decided to follow my mother, who bought the Tnam Khmer for me.”* (S22, 22. Jahre, 2. Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

Der Schutz vor Infektionen in der Schwangerschaft sowie Besuche im Kloster und damit verbunden, die Gabe von Geschenken an die dort lebenden Mönche, sind für zwei weitere Frauen präventive bzw. gesundheitsförderliche Maßnahmen, die sie in der Schwangerschaft anwenden. Im ersten Fall soll eine Erkrankung der Schwangeren vermieden werden, da diese Krankheiten auf den Fetus übergehen und unter Umständen lebensgefährlich für ihn sein könnten. Wie konkret dieser Infektionsschutz aussieht, konnte nicht näher ausgeführt werden.

*„A pregnant woman has to be protected from being infected by some infectious disease like Hepatitis or AIDS. I watched it on TV that these diseases go down to the baby. The baby gets ill and this could be fatal, because it is not very strong and will be badly ill. It could even die, especially when it is still very small.”* (S21, 23 Jahre, 2. Schwangerschaft, 5. Monat)

Im zweiten Fall gibt die Interviewpartnerin eher allgemein Gründe an: Besuche im Kloster und Geschenke an die Mönche seien in jeder Lebenssituation für das eigene Wohlergehen von Bedeutung, so auch in der Schwangerschaft.

---

<sup>487</sup> Zur Bedeutung des Windes in den Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen in Kambodscha vgl. Kapitel IV.1

### 3.8 Zusammenfassung und Diskussion

Nach Ansicht der Interviewpartnerinnen ist eine Schwangerschaft zwar ein natürlicher Vorgang, ihr gesunder Verlauf und Ausgang jedoch keine Selbstverständlichkeit: Aus den Interviews lassen sich eine Vielzahl an Verhaltensregularien extrahieren, die von der Schwangeren beachtet werden sollten und die entweder nur präventiven oder gesundheitsförderlichen Zwecken oder aber auch beiden dienen. Die Konzepte der Prävention und auch der Gesundheitsförderung werden von nahezu allen Interviewpartnerinnen angeführt und als zentral für den gesunden Verlauf und Ausgang einer Schwangerschaft angesehen. Sie ergreifen insbesondere Maßnahmen, die ihre eigene Gesundheit und die Gesundheit ihres ungeborenen Kindes schützen und fördern. Im Hinblick auf den Zeitpunkt des Nutzens solcher Verhaltensweisen ist auffällig, dass sich fast alle, zumindest in Anteilen, auf die Geburt, weniger jedoch ausschließlich auf die Schwangerschaft beziehen. Eine mögliche Erklärung hierfür liefern WOOLLETT und DOSANJH-MATWALA:

„(P)regnancy was sometimes viewed less as a significant event in its own right than as a preliminary to the transition to motherhood“ (WOOLLETT, DOSANJH-MATWALA (1990): 76).

Dies würde die herausragende Bedeutung der Entbindung bei den Ausführungen zu den Präventivmaßnahmen erklären: Der gesunde Verlauf einer Schwangerschaft und deren Schutz ist wichtig, wie auch WHITE bemerkt:

“For example (...) the idea of protecting your pregnancy (*kapia pteah puah*) emerged as a strong cultural construct.” (WHITE (1996): 132)

Jedoch nicht nur um ihrer selbst willen, sondern in erster Linie im Hinblick auf die Geburt, die in diesem Sinne ein *rite de passage* für die betroffene Frau darstellt, für den sie gut vorbereitet sein muss, da er mit einigen Gefährdungen für sie und das ungeborene Kind verbunden ist.

So dienen die auf die Nahrungsaufnahme bezogenen Regularien, die eine zentrale Rolle in den Ausführungen der Interviewpartnerinnen spielen<sup>488</sup>, in erster Linie der Gesundheitsförderung, wobei das Konzept der Stärke - häufig gleichgesetzt mit Gesundheit - der Mutter (und sekundär auch des Kindes) - von übergeordneter Bedeutung zu sein scheint. Eine Schwangerschaft und insbesondere eine Entbindung erfordert von den betroffenen Frauen – so die subjektiven Vorstellungen – in erster Linie physische Stärke, die es (in der Schwangerschaft) aufzubauen und zu erhalten gilt. Weiterhin lässt sich hier die indigene warm-kalt-Konzeption wiederfinden: Die den Nahrungsmitteln zugeordneten spezifischen Temperaturen können ver-

<sup>488</sup> Eine ähnliche Bedeutung von Nahrungsvorschriften während Schwangerschaft und Wochenbett lassen sich auch in anderen Teilen Asiens wiederfinden Vgl. hierzu z. B. die Ausführungen bei SEWA (1994): 95ff.

verantwortlich sein für das Auftreten bestimmter Schwangerschaftsrisiken, eine ausgewogene Nahrungsaufnahme hilft dies zu vermeiden; ebenso können hierdurch andere Risiken, in erster Linie das eines Diabetes, vermieden werden. Sie haben somit auch präventive Aspekte und beziehen sich sowohl auf den Schwangerschaftsverlauf wie auch auf den Zeitpunkt der Entbindung. Beide Verhaltensnormen sind von indigenen Gesundheits-, Krankheits- und Risikovorstellungen beeinflusst, zeigen jedoch auch Aspekte schulmedizinischer Konzepte.

Ähnlich stellen sich die Verhaltensregeln in Bezug auf Arbeit dar. Sie dienen in erster Linie der Vermeidung eines spezifischen Risikos während der Schwangerschaft, nämlich das einer Fehl- oder Frühgeburt. Das Wissen der Frauen hierüber beruht häufig auf Erfahrungen, die sie selbst oder eine nahe Angehörige gemacht haben. Teilweise im Gegensatz hierzu steht die Forderung, niemals in der Schwangerschaft unbeschäftigt zu sein; eine Verhaltensnorm, die eine schwere, protrahierte Geburt vermeiden soll. Das richtige Maß scheint also entscheidend zu sein, damit Arbeit als effektive Präventivmaßnahme eingesetzt werden kann: Nicht zu viel und vor allem zu schwer arbeiten, um Risiken zu vermeiden; jedoch auch nicht zu wenig, um zu verhindern, dass negative Folgen für die Entbindung erwartet werden können.

Der Begriff des „selbstfürsorglichen Handelns“ beschreibt verschiedene gesundheitsförderliche Verhaltensweisen der Mutter. Sie beziehen sich wiederum auf das Konzept der Stärke und sind insofern auch als geburtsvorbereitende Maßnahmen im Sinne einer Prävention von Problemen während der Entbindung und im Wochenbett, interpretierbar.

Das Trinken von *Tnam Khmer* kann ebenfalls als geburtsvorbereitende Verhaltensweise, jedoch mit in erster Linie präventiver Konnotation, aufgefasst werden, die von über der Hälfte der Befragten praktiziert wird: Die Sicherung einer schnellen, problemlosen Geburt soll in erster Linie dadurch erfolgen, dass die Schwangeren durch ihr Verhalten für ein kleines, schlankes Kind sorgen. Geburtshilfliche Komplikationen sind damit - entsprechend der Vorstellungen der Frauen - vor allem mit einem hypertrophen Fetus assoziiert. YANAGISAWA schildert in ihrer Studie in Kambodscha einen ähnlich hohen Anteil an Frauen (hier sind es 57,4%), die *Tnam Khmer* unterschiedlicher Zusammensetzung während der Schwangerschaft konsumieren und damit eine problemlose Geburt sicher stellen wollen<sup>489</sup>. Und auch WHITE beschreibt, vergleichbar zur vorliegenden Studie, die Sorge werdender Mütter vor einem zu großen Kind und die daraufhin angewandte, nahezu ubiquitär eingesetzte, Präventivmaßnahme des Trinkens von *Tnam Khmer*<sup>490</sup>.

Das Tragen eines geflochtenen Bandes um die Hüfte stellt eine rein indigene Verhaltensregel dar, die dem präventiven Schutz vor malignen, magischen Kräften, die bereits in Kapitel

<sup>489</sup> Vgl. YANAGISAWA (2005): 47.

<sup>490</sup> Vgl. WHITE (1996): 72.

VII.2.3 als Risiken in der Schwangerschaft ausgeführt wurden, dienen soll<sup>491</sup>. Sie wird - im Gegensatz etwa zum Trinken von *Tnam Khmer* - insbesondere von den jüngeren Frauen ambivalent bewertet und teilweise als altmodisch verworfen.

Die weiteren, von wenigen Frauen benannten, Verhaltensvorschriften stellen eine Mischung aus präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen dar.

Fast alle hier untersuchten Verhaltensweisen beziehen sich auf den konkreten Alltag schwangerer Frauen. Es scheint, als ob Veränderungen in den Verhaltensweisen der alltäglichen Lebenswelten der Schwangeren für die Gesundheitsförderung und Risikovermeidung von besonderer Bedeutung sind. Dabei beziehen sich alle genannten Verhaltensregularien einzig auf die Schwangere selbst, nicht jedoch auf außer ihr liegende, lebensweltliche Aspekte. Die Befragten zeigen ein hohes Maß an Selbstwirksamkeitsüberzeugung: Wenn sie die von ihnen genannten Verhaltensregularien befolgen, ist der entsprechende Erfolg sicher. Diese Selbstwirksamkeitsüberzeugung lässt sich jedoch auch dahingehend interpretieren, dass Risikoprävention und Gesundheitsförderung in der Schwangerschaft im Sinne einer sozialen Norm zu verstehen sind, wobei die Schwangere in weiten Teilen für ihr eigenes Wohlergehen und das ihres Kindes selbst verantwortlich ist; sie hat somit keine andere Wahl, als an den Erfolg ihres eigenen Handelns zu glauben.

Gleichzeitig lassen sich hier jedoch auch häufig pragmatischen Überlegungen konstatieren, die für die Frage, ob eine spezifische Verhaltensvorgabe umgesetzt wird oder nicht, oft entscheidend sind. Der sich in vielen Aussagen findende Pragmatismus wird – insbesondere im Hinblick auf die Essensvorschriften - auch in anderen Studien bestätigt:

„Investigators noted, however, that most Khmer women, although aware of traditional advice, did not strictly follow it and made individual decisions based on an assessment of their own humoral balance and perceived risk they face by eating certain foods“ (WHITE (1996); 24).

Auch TOWNSEND und RICE bemerken in ihrer Studie über kambodschanische Flüchtlingsfrauen, dass diese trotz widriger äußerer Umstände zwar an vielen indigenen Vorstellungen und Verhaltensnormen in der Schwangerschaft prinzipiell festhalten, diese jedoch pragmatisch – auch entsprechend der äußeren Umstände – an ihre jeweilige Lebenssituation anpassen<sup>492</sup>. CROCHET beschreibt diese Relativität der präventiven und gesundheitsförderlichen Verhaltensnormen sowie inter- und intraindividuelle Variationen im Verhalten der Frauen ebenfalls und erklärt sie aus der Sozialstruktur der kambodschanischen Gesellschaft, die sich

---

<sup>491</sup> Über diese Präventivmaßnahme berichtet in ähnlicher Weise WHITE (1996): 25f.

<sup>492</sup> Vgl. TOWNSEND, RICE (1996): 141.

zwar hier auf die ländlichen Gebiete des Landes beziehen, jedoch mit Abstrichen in den Städten ebenfalls zutreffend sind:

„L'appréciation des dangers et des normes d'évitement en une période comme celle de la grossesse donne à voir, mieux que dans la quotidienneté des pratiques et des relations sociales, l'une bases de l'appréhension du monde pour le paysan khmer: dans un système social villageois sans classe, dans une société atomisée, chacun est livré à lui-même, seul redevable et responsable de sa fortune ou de son malheur, seul possesseur d'une ‚nature‘ irréductible à la plupart des formes de régulation.“ (CROCHET (2001): 449).

Auch WOOLLETT und DOSANJH-MATWALA (1990) beschreiben in ihrer Studie über Vorstellungen und Erfahrungen asiatischer Frauen im Hinblick auf Schwangerschaft und Geburt, ähnliche Formen gesundheitsförderlichen Verhaltens, wie sie in der vorliegenden Studie gefunden wurden. Hier zeigt sich hinsichtlich der Adhärenz ebenfalls kein einheitliches Bild. Vielmehr finden sich unterschiedliche Ausprägungsgrade, die sowohl von sozio-ökonomischen Faktoren abhängig sind, als auch von der Gesamteinschätzung der Schwangerschaft durch die Frauen, z.B. als zentrales Lebensereignis oder als normale, nicht weiter beachtenswerte Tatsache, beeinflusst werden<sup>493</sup>.

Im Hinblick auf die medizinischen Traditionen, in die sich die genannten gesundheitsförderlichen und präventiven Verhaltensnormen für schwangere Frauen einordnen lassen, lässt sich kein einheitliches Bild zeichnen: Die Befragten nennen sowohl eher schulmedizinisch konnotierte, als auch als indigen aufzufassende Aspekte, fast alle jedoch Verhaltensvorschriften aus beiden Bereichen. Es zeigt sich zudem ein deutlicher Synkretismus, der die beiden Medizintraditionen zusammen führt: So werden beispielsweise biomedizinische Präventivmaßnahmen, wie das Meiden von Alkohol, in indigene Vorstellungen, hier die warm-kalt-Konzeption, integriert und zu einem neuen Konzept zusammengefügt. Neben pragmatischen Überlegungen scheinen hier auch noch andere Aspekte für die gleichzeitige oder sukzessive Nutzung verschiedener präventiver und gesundheitsförderlicher Maßnahmen eine Rolle zu spielen: Das Wissen der befragten Frauen, ihre Erfahrungen oder die ihnen nahestehender Personen, subjektive Vorstellungen hinsichtlich der Bedrohlichkeit und Ätiologie des zu vermeidenden Risikos, die Art ihrer sozialen Unterstützung und Informationsquellen, Aspekte des Lebensstils, Vertrauen in Informationsquellen bezüglich einer bestimmten Verhaltensweise oder eines spezifischen Risikos u.a.

Die synkretistischen Verhaltensweisen insbesondere der jungen Frauen, die in dieser Studie deutlich geworden sind, bemerkt auch WHITE (1996):

„(W)omen also appeared to be pragmatic and would mix and blend treatment modalities from both the traditional and professional sectors to gain the desired effect“ (WHITE (1996): 131).

<sup>493</sup> Vgl. WOOLLETT, DOSANJH-MATWALA (1990): 69f.

TARR und HORNG (2006) befürworten in diesem Zusammenhang die Kombination indigener und schulmedizinischer Methoden in der prä-, peri- und postpartalen Versorgung von Frauen:

„(T)raditional methods are important for social as well as for physical wellbeing, and symbolism can help women in the prenatal and postnatal period. Initial conclusions here show that a combination of both modern and traditional techniques, with both sides involving themselves more in learning from the other, would lead to a more holistic approach to reproductive and maternal healthcare.” (TARR, HORNG (2006): 43.).

Abschließend bleibt festzuhalten, dass die Ideen von Prävention und Gesundheitsförderung in den Aussagen der Interviewpartnerinnen von übergeordneter Bedeutung sind. Die genannten Verhaltensweisen sind im Sinne der Umsetzung dieser Ideen zu verstehen, die häufig auf den sozio-kulturell geprägten Risikovorstellungen der befragten Frauen basieren, wie sie in Kapitel 2 dieses Abschnittes ausgeführt wurden. Präventive Verhaltensweisen und Einschätzungen von Risiken können dabei entweder als adaptiv oder dysfunktional eingestuft werden und dienen in Teilen der Aufrechterhaltung der Integrität der eigenen Person der Frauen als funktionale Mitglieder der Gesellschaft. Sie sind im Wesentlichen zu verstehen als aktive Maßnahmen der Frauen, den beschriebenen Risiken zu begegnen. Kulturelle Muster sind sowohl in den Risikokonzepten selbst, als auch in den gesundheitsförderlichen und präventiven Verhaltensweisen zu finden und sollten im Sinne eines *Empowerments* gestärkt und gefördert werden. Dabei ist zu beachten, dass kulturell geprägte Vorstellungen und Handlungsweisen sich verändern, wenn die entsprechende Gesellschaft sich verändert. Die kambodschanische Gesellschaft befindet sich seit einigen Jahren in einem rapiden Wandel und beginnt die langen Jahre des Bürgerkriegs hinter sich zu lassen; eine Entwicklung, deren Ende und Ausgang noch nicht abzusehen ist und deren Folgen auf die Risikovorstellungen und präventiven Handlungen der betroffenen Frauen weiter untersucht werden müssen.

Die vielfältigen Formen gesundheitsbezogener Handlungen von Frauen in der Schwangerschaft ließen sich, beispielsweise in Gesundheitsprogrammen für Schwangere und Mütter nutzen, wie auch WHITE bemerkt:

„Since the idea of prevention is so strong in Khmer culture, it is possible that other prevention ideas could be introduced.” (WHITE (1996): 132.

Das nachfolgende Kapitel zeigt in diesem Zusammenhang, welchen Stellenwert eine, bislang noch nicht diskutierte, präventive und gesundheitsförderliche Präventivmaßnahme in der Schwangerschaft – die Inanspruchnahme staatlicher Schwangerenvorsorge – bei den befragten Frauen hat.



#### **4. Staatliche Schwangerenvorsorge als präventive Maßnahme in der Schwangerschaft**

Die durchgeführten Interviews fanden alle in Kliniken statt, die Schwangerenvorsorge als eine zentrale medizinischen Dienstleistungen anbieten. Aus diesem Grund war zu erwarten, dass viele der Interviewpartnerinnen die Vorsorgemaßnahmen als eine Möglichkeit betrachten würden, ihre Schwangerschaft sicher und gesund zu beenden. Im folgenden Kapitel stehen nun die Aussagen der Befragten zur staatlichen Schwangerenvorsorge im Mittelpunkt der Ausführungen.

Von besonderer Bedeutung in den Interviews war die Frage nach der Bedeutung, welche die staatliche Schwangerenvorsorge im Kontext aller anderen gesundheitsförderlichen und präventiven Verhaltensregularien hat. Fragen wie: Warum gehen die befragten Frauen zur Vorsorge? Welche subjektiven Vorstellungen bezüglich Schwangerschaft und Geburt und den damit verbundenen Risiken lassen sich aus den genannten Gründen heraus arbeiten? Wie lassen sie sich mit den zuvor dargestellten Risikovorstellungen in Verbindung bringen? wurden bei der Auswertung an das Datenmaterial gestellt.

#### **4.1 Grundsätzliche Aspekte der Inanspruchnahme staatlicher Schwangerenvorsorge**

85% (n=34) der für diese Studie befragten Frauen haben in ihrer letzten Schwangerschaft die staatliche Schwangerenvorsorge in Anspruch genommen bzw. tun dies in ihrer aktuellen Schwangerschaft. Dies entspricht fast exakt dem Durchschnitt in Phnom Penh<sup>494</sup>.

##### **4.1.1 Zeitpunkt**

Normalerweise gehen die Frauen nach dem Ende des ersten Trimenons erstmalig zur staatlichen Schwangerenvorsorge. Dies erscheint vor dem Hintergrund der Vorstellungen bezüglich der fetalen Entwicklung sinnvoll: Erst etwa ab dem vierten Monat hat der Fetus die Form eines menschlichen Lebewesens und erst ab diesem Zeitpunkt kommt ihm damit auch der Stellenwert eines solchen zu. Dies bedeutet, dass es ab dann wichtig ist, sich um seine Gesundheit und sein Wohlbefinden zu kümmern und somit Maßnahmen zu ergreifen, um seine gesunde Entwicklung sicher zu stellen. Zudem ist er – so die Vorstellungen - ab dem vierten Monat groß genug, um von medizinischem Personal, das die Untersuchungen durchführt, getastet werden zu können. Von den 34 Frauen, die zur Schwangerenvorsorge gehen bzw. gegangen sind, geben 12 (35%) an, erst nach dem vierten Monat eine Einrichtung der staatlichen Schwangerenvorsorge aufgesucht zu haben. Alle nennen hierfür ökonomische Gründe.

---

<sup>494</sup> Vgl. hierzu Kapitel II.2.5.2.2

#### 4.1.2 Ökonomische Aspekte

Die Ausführungen zu den ökonomischen Aspekte, die im Zusammenhang mit der staatlichen Schwangerenvorsorge gemacht wurden, zeichnen sich durch eine bemerkenswerte Dichotomie aus. Etwa die Hälfte der Interviewpartnerinnen gibt an, die Schwangerenvorsorge sei nicht teuer, die Preise seien vorhersehbar und sie hätten keine Probleme gehabt, das Geld hierfür aufzutreiben.

*„I did not have any problems raising the money for coming for ANC. It is not expensive. I just paid 5000 Riel and 1000 Riel for the moto-dup to come here. No problem.”*  
(S6, 18 Jahre, 1. Schwangerschaft, 8. Monat)

*“It was not so difficult to pay for ANC, because the prices are low. And they have a list with all the things they do here. And for everything you pay a certain fee. So I came here and I read the list and I knew how much I had to pay. So this was urine test 3000 Riel, measure the belly 3000 Riel, Tetanus vaccination 3000 Riel.”* (S26, 19 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Die andere Hälfte der Befragten berichten über die Schwierigkeiten, die sie haben, die Vorsorgemaßnahmen zu bezahlen und zudem das Geld für den Transport aufzubringen. Zudem führen sie ökonomische Ausfälle an, die aus den zeitlichen Anforderungen der Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge erwachsen. Lediglich zwei Frauen geben an, von den Gebühren ausgenommen zu sein. Dennoch hatten auch diese Probleme zur Vorsorge zu kommen:

*„And it is not only the fee for ANC. We have to pay for the moto-dup to come here. 2000 Riel to come here and back again. And I have to leave my work behind. My cousin helps me there while I am away. If my cousin is busy, I can't come. So it is difficult to spend the money on ANC, I really have to struggle.”* (S5, 33 Jahre, 1. Schwangerschaft, 2. Monat)

Unabhängig von diesen Ausführungen nehmen jedoch alle Interviewpartnerinnen die Schwangerenvorsorge als so bedeutend für ihre eigene Gesundheit und die ihres ungeborenen Kindes wahr, dass sie diese ökonomischen Schwierigkeiten auf sich nehmen.

*„I have to save money before I can come for ANC. I want to know how the baby is. That everything is alright, that it is healthy. And I also want to know about my own health. That's why I always try to save some money for ANC. It is difficult, but it is necessary. I have to struggle.”* (S2, 25 Jahre, 2. Schwangerschaft, 7. Monat)

*“This time I had difficulties getting the money for ANC. Because I have a low salary, that's why it was difficult for me. If I really could not get the money, I would borrow it from my relatives, because I want to know if the baby is in the right position. Because if I do not go for ANC, I can't know the position of the baby. And if its head is not down, I will face a lot of problems during delivery.”* (S21, 23 Jahre, 2. Schwangerschaft, 5. Monat)

#### 4.1.3 Gründe für die Wahl einer spezifischen Einrichtung

Die Frage, welche Gründe bei der Wahl des Anbieters von Schwangerenvorsorge eine Rolle gespielt haben, wird unterschiedlich beantwortet. Die als arm klassifizierten Frauen wählen meist eine Einrichtung, die möglichst nahe an ihrem Zuhause bzw. ihrem Arbeitsplatz liegt. Die Begründung „*I came to this hospital, because it is close to my home/house*“ ist in diesem Zusammenhang eine in den Interviews oft gehörte Aussage. Einige Interviewpartnerinnen führen dies weiter aus und machen dabei insbesondere die ökonomischen Vorteile, die die Wohnortnähe der Einrichtung mit sich bringt, deutlich.

*„I went to this hospital in Kampong Thom Province, because I live in a small village near the town of Kampong Thom. The hospital is close to my house. I have to walk for about half an hour. And there I wait for another half an hour. So I can go for ANC without losing so much time. I just go there and come back and I am able to get back to my work soon. That’s why I went there.”* (S30, 21 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Weiterhin scheint eine gewisse Scheu, sich all zu weit weg vom eigenen sozialen und geographischen Aktionsradius zu bewegen, für einige Frauen eine Rolle zu spielen. Diese bleibt nur angedeutet, kann jedoch auch unter Rückgriff auf die Literatur<sup>495</sup>, dahingehend interpretiert werden, dass die Entfernung vom eigenen Wohnort und dem eigenen sozialen Umfeld zunächst einmal mit Fremdheit und damit u.U. auch Gefahr in Verbindung gebracht wird, die es möglichst zu vermeiden gilt.

*„I went to RHAC, because this clinic is opposite to my house. I don’t have to go very far to get ANC. I just cross the street. I know every corner here and I don’t have to go anywhere else. I trust this place. No problems to go to the hospital.”*  
(S20, 30 Jahre, 1. Schwangerschaft, 7. Monat)

*“This clinic is very close to my home. I feel safe here, it is a good place. Very close to my home. I don’t have to travel very far, it is like in my neighbourhood.”*  
(S9, 32 Jahre, 1. Schwangerschaft, 9. Monat)

Demgegenüber stehen die Aussagen vieler Frauen, die in den Randgebieten von Phnom Penh oder in ruralen Gegenden Kambodschas wohnen, sie hätten Angst, in ihren Wohnorten keine adäquate medizinische Versorgung zu erhalten. Aus diesem Grund nehmen sie den z. T. weiten Weg in die Hauptstadt auf sich, um eine, in ihren Augen, hochwertige Schwangerenvorsorge in Anspruch nehmen zu können.

*„Because in the province where I live, the doctor has no, it is not professional there and I am afraid that they give me just medicine to take and maybe it is not good for myself and the baby. I trust this place that’s why I come here.”* (S2, 25 Jahre, 2. Schwangerschaft, 7. Monat)

<sup>495</sup> Vgl. hierzu z.B. OVESEN et al. (1996)

Hier zeigt sich wiederum das hohe Ausmaß an Vertrauen in die moderne Medizin und insbesondere in die medizinische Versorgung in Phnom Penh, die u.a. mit dem Vorhandensein von modernem medizinischem Gerät zur Untersuchung der Frauen, wie z.B. einem Ultraschallgerät, in Verbindung gebracht wird. Dies wurde von vielen Frauen als ein wesentlicher Grund angegeben, warum sie eine der vier Einrichtungen, in denen die Interviews durchgeführt wurden, zur Schwangerenvorsorge aufsuchen.

*„I came here, because it is good here. They have ultrasound so they can check the baby. And they can do a blood test to see if I have too much salt in my body and they check my urine. In case that I have Diabetes they can cure it.”*(S28, 21 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

*„I heard that it is good to come to this place for ANC, because they have all kinds of equipment here. They do good work here and if there is a problem with the baby they know how to deal with it.”* (S36, 23 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Ein weitere Grund, der vielfach als Entscheidungskriterium genannt wird, sind Empfehlungen anderer Frauen bezüglich einer spezifischen Klinik, die dort bereits Erfahrungen mit der Schwangerenvorsorge gemacht haben.

#### **4.2 Determinanten der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge**

Die Logik, welche die in Kapitel VII.2 dargestellten Risikovorstellungen und die Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge verbindet, wurde im Rahmen der Frage: Warum gehen Sie zur Schwangerenvorsorge?, deutlich.

Alle Interviewpartnerinnen, selbst diejenigen, die keine Vorsorgemaßnahmen in Anspruch genommen hatten, haben von diesem Angebot gehört und betonten die Bedeutung, welche die Vorsorge für Schwangere hat. Grundsätzlich wird dabei die staatliche Schwangerenvorsorge als Ergänzung zu den bereits in Kapitel VII.3 dargestellten gesundheitsförderlichen und präventiven Verhaltensregularien gesehen.

Tabelle 15 zeigt die von den befragten Frauen genannten Gründe für ihren Besuch einer Einrichtung der Schwangerenvorsorge. Durchschnittlich werden je Frau drei Gründe und Motivationsfaktoren genannt (Range: 1-7). In den nachfolgenden Kapiteln werden diese näher ausgeführt. Lediglich fünf Interviewpartnerinnen (12,5 %) nennen nur einen Motivationsfaktor für die Inanspruchnahme der Vorsorge, wobei es sich hierbei um vier unterschiedliche Gründe handelt<sup>496</sup>. Die Mehrzahl der Frauen führt eine Kombination verschiedener Aspekte aus, wie das folgende Zitat beispielhaft verdeutlicht:

---

<sup>496</sup> Im Einzelnen wird jeweils genannt: Informationsbedarf bezüglich der Schwangerschaft, gesundheitliche Probleme in der Schwangerschaft, Sicherstellung einer komplikationslos verlaufenden Schwangerschaft (zwei Nennungen), Geburtsvorbereitung.

*„I went for ANC to follow-up my health and the baby’s health and also to get some medicine. Like iron. And I wanted to know if my urine contains sugar or not. And also to have a blood test, to see if I have enough blood.” (S8, 30 Jahre, 2. Schwangerschaft, 3. Monat)*

Eine ausführlichere Darstellung dieser Interkonnektivität der Motivationsinhalte erfolgt in der Diskussion zu diesem Kapitel.

<b>Grund</b>	<b>Anzahl der Befragten, die Kategorie nennen (n = 40)</b>	<b>Prozent der Befragten, die Kategorie nennen (n = 40)</b>
<b>Sicherstellung einer komplikationslos verlaufenden Schwangerschaft</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
<b>Informationsbedarf bezüglich der Schwangerschaft</b>	<b>20</b>	<b>50</b>
<b>Gesundheitliche Probleme in der Schwangerschaft</b>	<b>12</b>	<b>30</b>
<b>Soziale Aspekte</b>	<b>11</b>	<b>27,5</b>
<b>Geburtsvorbereitung</b>	<b>6</b>	<b>15</b>
<b>Schwangerenvorsorge ist modern</b>	<b>6</b>	<b>15</b>

Tabelle 15: Determinanten der Inanspruchnahme staatlicher Schwangerenvorsorge (Mehrfachnennungen möglich)

#### 4.2.1 Sicherstellung einer komplikationslos verlaufenden Schwangerschaft

Das Bedürfnis nach einer komplikationslos verlaufenden Schwangerschaft, als Motivationsfaktor für die Inanspruchnahme staatlicher Schwangerenvorsorge, wird von allen Interviewpartnerinnen benannt. Die Funktion der, im Rahmen des Vorsorgeprogramms durchgeführten, Kontrolluntersuchungen als Überwachungsmöglichkeit der Gesundheit von Mutter und Kind, ist hierbei von zentraler Bedeutung. Es ist zu unterscheiden zwischen eher pathogenetisch und eher salutogenetisch orientierten Aussagen. Während erstere sich auf die Furcht vor möglichen fetalen und / oder maternalen gesundheitlichen Beeinträchtigungen beziehen, sind die salutogenetischen Aussagen vor allem dahingehend orientiert, dass die betreffenden Frauen in der Schwangerenvorsorge eine Möglichkeit sehen, ihre Gesundheit und die ihres ungeborenen Kindes zu fördern und bestätigt zu sehen. Die Frauen wollen sich im letzteren Fall bezüglich ihrer eigenen Wahrnehmung bei den Hebammen und Ärztinnen, welche die Vorsorge durchführen und die als Expertinnen in der Frage gelten, ob jemand gesund oder krank ist, rückver-

sichern und in erster Linie wissen, dass ihr Kind wohlauf und ihre eigene Gesundheit stabil ist.

#### 4.2.1.1 Vermeidung fetaler und maternaler Gesundheitsrisiken

Die Sicherstellung der adäquaten Entwicklung des Kindes, die frühzeitige Aufdeckung von süßem/salzigem Urin bzw. Diabetes sowie von Infektionskrankheiten, stellen fetale und maternale Risiken dar, die, entsprechend der subjektiven Vorstellungen der befragten Frauen, durch die Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge vermieden werden können.

*„I went, because it is good (l'aan) to see the doctor every month. I wanted to check if the baby is healthy or not. Maybe the baby has not enough blood pressure and this might result in the wrong development of the baby. Maybe some part of the body does not develop well. This could be very dangerous, the baby can die.”*

(S15, 25 Jahre, 2 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

Auch eine mögliche körperliche Schwäche, die – wie bereits in Kapitel VII.2 dargestellt - ein wichtiges Symptom eines drohenden Risikos für Mutter und Kind darstellt, kann hier aufgedeckt und behandelt werden.

*“So every woman should go for ANC so that she can get advice from the doctor what she should eat to keep her healthy. And at the ANC the doctor will tell her if she is too weak (k'saoee), and if this is the case she will be told what to do, what to eat to keep her strong and healthy.”*

(S40, 40 Jahre, 3 Schwangerschaften, Entbindung)

#### 4.2.1.2 Bestätigung der eigenen Wahrnehmung

Die Bestätigung der eigenen Wahrnehmung, dass Mutter und Kind gesund sind, stellt einen zentralen Motivationsfaktor für die Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge dar. Auf die Frage, warum sie zur Schwangerenvorsorge gehen, antworten 50% der Frauen (n = 20) zunächst sinngemäß mit dem Satz *„to have the babies' health checked.“* Die meisten der Interviewpartnerinnen wollen sich bei den Hebammen und Ärztinnen rückversichern, dass mit ihrer eigenen Gesundheit und der ihres ungeborenen Kindes alles in Ordnung ist und sie somit ihrem eigenen Gefühl trauen können.

*„If I go to see the doctor at this clinic, the doctor checks my health and the health of my baby and if she sees that it is good, she tells that it is good. She just tells it. And this is the only thing I would like to hear.”* (S39, 38 Jahre, 2 Schwangerschaften, Entbindung)

Die Aussagen hierzu sind in allen Interviews sehr allgemein gehalten. Ärztinnen und Hebammen werden als Gesundheitsexpertinnen wahrgenommen, die in der Lage sind, eine konkrete und zuverlässige Aussage bezüglich der Gesundheit von Mutter und Kind zu machen.

*„I went to a health centre in my province and I had ultrasound to see if the babies' health is ok. I knew that it was ok, but I wanted the doctor to tell me again. And also if they check with ultrasound, they can see if the baby is weak (k'saoee) and they can tell. And then I know what should be done. I can eat more or the doctor gives some injections.“*  
(S31, 41 Jahre, 9 Schwangerschaften, Entbindung)

Zudem wird deutlich, dass in den Augen der Befragten die Schwangere die Verantwortung für die Gesundheit und das Wohlergehen ihres Kindes übernehmen will und dies durch die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zum Ausdruck kommt.

*„Today a lot of women in Cambodia go for ANC; they do it, because they want to take care of their babies. They love their babies, so they want to find out about the health of the baby. When they go for ANC, they can make sure that everything is alright and if not, what they can do to improve their health and the health of their babies.“*  
(S26, 19 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Für den Fall, dass etwas nicht in Ordnung sein sollte, besteht – wie bereits weiter oben ausgeführt – im Rahmen der Schwangerenvorsorge direkt die Möglichkeit zu intervenieren und möglicherweise gefährliche Verläufe abzuwenden.

*„Pregnant women have to have their health checked and also the health of the baby. Normally everything will be alright and the mother can go home again. Just in case if there is a problem, like the mother is very weak (k'saoee), she can get some injections to strengthen her health. At ANC they can also see if something is wrong with the baby. Like it has not enough blood. Then they can give iron, to strengthen the baby.“*  
(S12, 44 Jahre, 6 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

Für die Fälle, in denen die Schwangerenvorsorge auf dem Land, d.h. in einem Gesundheitszentrum und nicht in einem größeren Krankenhaus stattfindet, besteht die Möglichkeit der Überweisung.

*„Going for ANC means that they can tell how the mother is and how the baby is. And if something is wrong, they can send the mother to a bigger hospital, where there is a lot of equipment and where they can cure the mother and the baby.“*  
(S40, 40 Jahre, 3 Schwangerschaften, Entbindung)

Somit ist auch hier die Schwangerenvorsorge im Sinne eines Erhaltens der Handlungsfähigkeit der Schwangeren zu werten; sie dient der Reduktion von Risiken sowie dem Abbau von Unsicherheiten.

Die Möglichkeit, im Rahmen einer Schwangerenvorsorge Medikamente verschrieben zu bekommen, nimmt eine Zwischenstellung ein und enthält sowohl pathogenetische als auch salutogenetische Aspekte. Diese werden im Folgenden näher erläutert.

#### 4.2.1.3 Medikamente

65% der befragten Frauen (n=26) geben die Möglichkeit, Medikamente während der Schwangerenvorsorge direkt zu erhalten, als Grund für die Inanspruchnahme an. Sie haben von anderen Frauen, aus den Medien oder gerüchteweise gehört, dass während einer Vorsorge Medikamente ausgegeben werden, was von den Frauen sehr begrüßt wird.

Die Tetanus-Impfung und Tabletten zur oralen Eisensubstitution sowie die intravenöse Eisengabe werden von fast allen Frauen erwähnt; lediglich zwei Interviewpartnerinnen haben davon noch nichts gehört. Im Gegensatz zu anderen, eher schulmedizinisch konnotierten Themenkomplexen, die im Rahmen der Interviews besprochen wurden, hat keine der Befragten das Gefühl, zu wenig bezüglich der verabreichten Medikation zu wissen. Insbesondere die Frage nach ihrem Benefit wird präzise beantwortet. Die den verabreichten Medikamenten und Impfungen zugeschriebenen Attribute variieren dabei:

Die Tetanus-Impfung wird –so die subjektiven Vorstellungen – verabreicht, um Konvulsionen sowohl während der Schwangerschaft, als auch intrapartal zu vermeiden. Sie stellt somit die direkte Präventionsmaßnahme zu dem in Kapitel VII.2.4 ausgeführten Risiko dar.

*„During ANC I can get the Tetanus vaccination. I heard that this will protect the baby from getting convulsions. Not only while it is still inside my womb, but also when it grows up and is playing outside. And the mother is also protected, in case she has to have a Caesarian or in case the baby is so big that the doctor has to cut, to get the baby out.”*  
(S18, 25 Jahre, 1. Schwangerschaft, 7. Monat)

Meist können die Frauen darüberhinaus keine genaueren Angaben machen, wofür die Impfung nützlich ist oder worauf ihr Wirkungsmechanismus beruht. Sie berichten, dass das medizinische Personal, das die Vorsorge durchführt, sie darüber informiert habe, die Impfung sei für Schwangere wichtig, um größere gesundheitliche Probleme zu vermeiden.

*„The midwife told me that I have to have the Tetanus vaccination in order to avoid problems during delivery. She just said when I got the vaccination there won't be any problems when they have to cut during delivery. Nothing else.”* (S29, 25 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Da die Tetanus-Impfung nur im Rahmen des staatlichen Gesundheitssystems und routinemäßig in der Schwangerenvorsorge durchgeführt wird, scheint sie ein wichtiger Motivationsfaktor für die Inanspruchnahme der präventiven Leistungen zu sein.

Ähnlich verhält es sich mit der Möglichkeit einer oralen oder intravenösen Eisensubstitution. Alle Frauen, die diese als Motiv für die Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge nennen, nehmen das Eisen nach eigenen Angaben auch ein und bezeichnen es als hilfreiche Möglichkeit, ihren allgemeinen gesundheitlichen Zustand in der Schwangerschaft zu verbessern. Das



Konzept der Stärkung von Mutter und Kind spielt dabei eine besondere Rolle: „*The iron makes the mother and the baby strong*“ ist eine vielfach im Zusammenhang mit der Eisensubstitution getätigte Aussage. Dabei beziehen sich die Frauen meist auf das Symptom der Schwäche/Müdigkeit, welches im Rahmen der Ausführungen in Kapitel VII. 2 bereits näher erläutert wurde. Eisen wird als Mittel zur Stärkung der maternalen und fetalen Gesundheit und damit sowohl als therapeutische wie auch präventive Maßnahme hinsichtlich dieses Symptoms, das mit verschiedenen Risiken assoziiert ist, wahrgenommen.

*„The iron helps to make the baby’s body strong and in case the baby is weak (k’saoee), because for example the mother is weak (k’saoee) because she cannot eat a lot, the iron is like a substitute and then the baby will be strong again.”* (S9, 32 Jahre, 1. Schwangerschaft, 9. Monat)

Die stärkende Wirkung der oralen oder intravenösen Eisensubstitution beruht – so die Aussagen – auf der Wirkungsweise der Substanz: Sie produziert vermehrt rote Blutkörperchen bzw. mehr Blut im Körper der Frau, was mit einer Erhöhung der Leistungsfähigkeit gleichgesetzt wird. Gleichzeitig ist dies jedoch auch als präventive Maßnahme im Hinblick auf die Geburt zu sehen. Die Befragten wissen – entweder aus eigener Erfahrung, aus Erfahrungen ihnen nahestehender Personen oder vom Hörensagen - dass es bei einer Geburt zu Blutverlusten kommt. Viele der Befragten geben an, dass ein solcher lebensbedrohliche Konsequenzen für die Mutter haben kann.

*„I took iron since I knew that I am pregnant. It is an advice from the doctor. I asked her about the iron, because I heard that during delivery a woman will lose a lot of blood and this can be dangerous for her. And the doctor told me that the iron produces more blood cells in the mother so that she can compensate the loss during delivery. That is why she needs iron in pregnancy.”* (S38, 22 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Weiterhin geben einige Frauen an, dass durch die Stärkung insbesondere des Fetus, seine adäquate Entwicklung sichergestellt werden kann, da Eisen eine notwendige Voraussetzung hierfür sei.

*„The iron gives nutrition to the baby and the mother. And if a pregnant woman does not get iron some problems will happen, like the baby does not develop well. The arms and legs will be too short or the baby will not have enough blood.”* (S28, 21 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Drei Frauen, die bereits Eisen einnehmen, äußern explizit, dass sich nach einer Weile ihre Kurzatmigkeit verbessert hat, sie weniger müde und blass sind und sich nicht mehr so schwach fühlen, was aus schulmedizinischer Sicht auf die Wirkungsweise der Eiseneinnahme bei schweren Formen der Anämie hindeutet, welche Schwäche, Müdigkeit und Dyspnoe zur Folge haben kann.

*„When a woman is pregnant she can be very pale and has problems to breath enough. The iron produces more blood cells in the mother so that she will not be so pale anymore. And she is also able to breathe better after she took the iron for a while and then she will feel better.”*

(S37, 27 Jahre, 2 Schwangerschaften, Entbindung)

Über mögliche unangenehme Nebenwirkungen der Substitution, die in vielen Fällen zum Abbruch der Einnahme führt<sup>497</sup>, berichtet keine der Interviewpartnerinnen. Injektionen werden insgesamt als wirkungsvoller eingestuft<sup>498</sup>.

#### 4.2.2 Informationsbedarf bezüglich der Schwangerschaft

50% der befragten Frauen (n=20) äußern das Bedürfnis nach Informationen bezüglich ihrer Schwangerschaft als Grund für die Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge. Teilweise wird aus den Aussagen nur ein allgemeines Informationsbedürfnis deutlich, das vehement vor allem von den Frauen mit höherem<sup>499</sup> Bildungsstatus und von Primiparae zum Ausdruck gebracht wird.

*„I wanted to have some general information. It is very important, because this is my first pregnancy and nobody can tell me how I should behave. And I am worried, because this is the first time and I heard from older people that the first child has a higher risk to face premature. And that is why this is important to get some advice from the midwife here. How to prepare, how to keep the baby safe.”* (S19, 27 Jahre, 1. Schwangerschaft, unbekannter Monat)

*„I don't have knowledge about how to take care of the baby in the belly and I need consultancy. And I have to travel a lot in my work and I don't know what kind of things I should eat. So this can be a problem, that's why I came here to seek consultancy.”*

(S8, 30 Jahre, 2. Schwangerschaft, 3. Monat)

Interviewpartnerinnen mit einem niedrigeren Bildungsniveau und ökonomischem Status äußern ihr Bedürfnis nach Informationen bezüglich ihrer Schwangerschaft entsprechend allgemeiner und benennen seltener konkrete Themen.

*„I know a few things about pregnancy, like what my sister told me, but I came for ANC because I want to know more. And I want to know more clearly. I can't tell what exactly, but I think the doctor knows what I should know.”* (S5, 33 Jahre, 1. Schwangerschaft, 2. Monat)

Vielfach machen die Interviewpartnerinnen jedoch auch konkrete Angaben, hinsichtlich der Informationen, die sie sich von den Hebammen oder Ärztinnen erwarten. Im Mittelpunkt stehen dabei Fragen bezüglich des Geschlechts, der Position des Kindes sowie insbesondere des Entbindungstermins.

<sup>497</sup> Vgl. hierzu z.B. die länderübergreifende Studie von GALLOWAY, McGUIRE (1994) sowie GALLOWAY et al. (2002).

<sup>498</sup> Zur Präferenz von Injektionen in der kambodschanischen Bevölkerung vgl. VONG et al. (2005).

<sup>499</sup> Das heißt Frauen mit mindestens sechsjähriger schulischer Ausbildung.

*„I wanted to know the due date, I wanted to know, when the baby is actually coming, like the precise day. That’s why I went for ANC.”* (S4, 20 Jahre, 1. Schwangerschaft, 6. Monat)

*„That is the most important thing I wanted to know from the midwife: When is the baby coming? I always asked her this. All the times I went for ANC.”*  
(S17, 32 Jahre, 4 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

Das Geschlecht des Kindes wird nur von Interviewpartnerinnen, die jünger als 25 Jahre sind, als Motivationsfaktor für die Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge benannt.

*„In the seventh month I already came here, because I wanted to know the sex of the baby, if it is a boy or a girl. I was just curious and I heard that in the clinics, where they have ultrasound, they can tell it, before the baby is born. Now I know that it will be a girl.”*  
(S25, 21 Jahre, 1. Schwangerschaft, 9. Monat)

Die Informationen über die Position des Kindes, welche die Frauen im Rahmen der Schwangerenvorsorge erhalten, ist hingegen ein wichtiger Motivationsfaktor für die Inanspruchnahme für alle Frauen, unabhängig von Alter, ökonomischem Status oder Parität und kann auch im Rahmen der in Kapitel VII.4.2.1 dargestellten Motivationsfaktoren, die sich auf die Sicherstellung einer komplikationslos verlaufenden Schwangerschaft beziehen, betrachtet werden. Wie in Kapitel VII.2.5 dargestellt, wird die Beckenendlage des Kindes als Risiko für Mutter und Kind im Rahmen der Geburt wahrgenommen. Die meisten Frauen wissen, dass diese Kindslage meist eine Sectio Caesarea notwendig macht und, falls diese nicht möglich ist, u.U. tödlichen Konsequenzen haben kann.

*„A woman should go for ANC to know if the baby’s head is down and if the head is in the wrong position, the doctor will turn it down. And if this is not possible, they told me that this woman has to have a Caesarian and I don’t want to be in this situation. Because if I cannot reach the hospital, the baby will not be able to come out and I will experience a lot of problems.”*  
(S25, 21 Jahre, 1. Schwangerschaft, 9. Monat)

Die Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge kann in diesem Fall als direkte Strategie zur Risikominimierung und ggf. zur frühzeitigen Aufdeckung möglicher peripartaler Risikofaktoren gewertet werden<sup>500</sup>.

*„At ANC they follow the health of the mother and the baby. And especially they can help to deliver fast, because at the ANC session they can see if the baby’s head is down and if not, the midwife will turn the head of the baby so that it is in the right position.”*  
(S2, 25 Jahre, 2. Schwangerschaft, 7. Monat)

Die Interviewpartnerinnen tragen damit zum Erhalt ihrer eigenen Handlungsfähigkeit bei.

---

<sup>500</sup> Es wird aus den Aussagen nicht explizit deutlich, ob die Position des Kindes unabhängig vom Gestationsalter als veränderbar gilt.

*„I went to be ready for delivery, because sometimes the baby is breech and if I do not go, I would not know that the baby is in the wrong position and I could not do anything.“*  
(S17, 32 Jahre, 4 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

Für einige Frauen ist dies der entscheidende Antriebsfaktor, die Vorsorgemaßnahmen in Anspruch zu nehmen.

*„The doctor told me to go for ANC every month, but I was busy earning money, I did not go. But in the eighth month I went anyway, because I wanted to check the position of the baby. If the head was not down, the midwife could have helped to move it down.“*  
(S26, 19 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

#### 4.2.3 Gesundheitliche Probleme in der Schwangerschaft

12 Frauen (30%) nennen gesundheitliche Probleme im Rahmen der Schwangerschaft als Grund für ihre Inanspruchnahme der Vorsorgeleistungen. Sie benennen abdominale Schmerzen, Schwindel, Schwächegefühle und leichte, schmerzlose Blutungen als Symptome, die sie an einem spezifischen Tag dazu bewogen haben, ein Krankenhaus auf zu suchen.

*„The doctor told me to come again for ANC in one month. But I came back again earlier, because I also felt some discomfort. I had some pain in my belly. So even if the doctor did not tell me to come again, I would have gone, because I wanted her to cure this pain.“*  
(S14, 25 Jahre, 2 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

Diese Frauen nehmen die Schwangerenvorsorge eher als therapeutisches denn als präventives Setting wahr.

*„I had some bleeding. Only light bleeding, but I was worried that something might be wrong with the baby. I did not know what to do. I was afraid of losing the baby, so I went for ANC to get some information about what causes this bleeding and what I can do against it. That's why I went for ANC.“* (S25, 21 Jahre, 1. Schwangerschaft, 9. Monat)

Allerdings geben nur wenige Frauen an, ausschließlich bei gesundheitlichen Problemen die Vorsorgemaßnahmen in Anspruch zu nehmen.

*„I only went for ANC when I did not feel well. Just in these cases, because I thought when I feel well, I do not need a doctor to check my health, because I know myself that I am healthy. But when I did not feel well, I thought that it would be better to go to see the doctor.“*  
(S35, 31 Jahre, 3 Schwangerschaften, Entbindung)

Auch in diesem Kontext ist ein nahezu absolutes Vertrauen in die Fähigkeiten und Kompetenzen des schulmedizinischen Personals fest zu stellen.

Weiterhin werden Veränderungen im bisherigen Schwangerschaftsverlauf in einigen Fällen als Anlass genommen, zur Schwangerenvorsorge zu gehen, da sie für die betroffenen Frauen besorgniserregend sind. Sie möchten ausschließen, dass ihrer Gesundheit oder der ihres Kin-

des, ernsthafte Gefahr droht und die therapeutischen Möglichkeiten des Krankenhaussettings nutzen.

*„I came here today, because I feel weaker than before. A few weeks ago, I was still strong, but now I feel very weak (k'saoee) and tired. And the baby used to move a lot before. But now it does not move anymore. Not so much anymore. Now I want to check, if there are any problems.”* (S6, 18 Jahre, 1. Schwangerschaft, 8. Monat)

Obwohl lediglich ein Drittel der Frauen gesundheitliche Probleme als Motivationsfaktor benennt, ist dies auch unter dem Aspekt wichtig zu wissen, als die Möglichkeit besteht, dass Frauen, die keinerlei gesundheitliche Beschwerden haben, auch nicht zur Schwangerenvorsorge gehen.

#### 4.2.4 Angst vor Repressalien

11 (27,5%) der befragten Frauen geben an, zur Schwangerenvorsorge zu gehen, da sie negative Konsequenzen von Seiten des medizinischen Personals befürchten, falls sie dies nicht tun. Diese Frauen empfinden die Ärztinnen und Hebammen des staatlichen Gesundheitssystems einerseits als unfreundlich und unachtsam. Andererseits haben sie selbst erfahren, oder geben an, aus Erfahrungen weiblicher Angehöriger gelernt zu haben, dass sie im Falle der Nichtinanspruchnahme der Vorsorgeleistungen von medizinischem Personal deshalb getadelt werden könnten.

*„I never felt well after seeing the doctor, so I went to see the doctor only for the sake of seeing her. And just to have some document to show to the doctor that I also saw the doctor before I delivered. They did not give me any injections to make me feel better and they did not give any medication to me. I only went, because I don't want to be blamed during delivery.”*  
(S14, 25 Jahre, 2 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

Im schlimmsten Fall, d.h. für den Fall gesundheitlicher Probleme während Schwangerschaft und/oder Geburt, würden sie – so die Aussagen der Interviewpartnerinnen – für diese verantwortlich gemacht, wenn sie nicht nachweisen könnten, bei der Schwangerenvorsorge gewesen zu sein.

*„Because if we don't go for ANC we will get blamed by the doctor here. And if we do we can get a book that follows the mother's and the baby's health. When we come, we just give this book to the midwife and she knows what happened to us. And if there are problems during delivery, the doctor will not help us, because she will tell us that it is our own fault, as we did not go for ANC. My sister-in-law could not deliver and the midwife at the hospital blamed her for not going for ANC before, and they let her alone for many hours.”*  
(S37, 27 Jahre, 2 Schwangerschaften, Entbindung)

*„I had some problems during the delivery of my first child, I was so weak (k'saoee), I could not push the baby out for many hours. And the doctor blamed me for this, she said that I have all*

*these problems, because I did not go for ANC. I felt very bad and for many months I was still weak (k'saoee) and I felt horrible. For the second child I did not go for ANC either, I thought it would be easier to deliver the second one, because my vagina is bigger after the first child. But I had some problems again and they had to cut me. This time the doctor did not say anything, just cut and took the baby out.”(S33, 33 Jahre, 2 Schwangerschaften, Entbindung)*

Aus den Aussagen der Frauen werden Gefühle von Scham und insbesondere Angst vor schlechter Gesundheitsversorgung deutlich, die als Motivationsfaktoren für die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen fungieren und bei zwei von ihnen den alleinigen Grund darstellen.

*„I brought my nice to have ANC, because sometimes when they reach the due date and in case of complications, the doctor always asks if they attended ANC and if they say no, the doctor will blame her. So they just go to attend ANC three or four times, following the advice of the doctor in order to avoid the bad words during delivery. So we just went there.”*  
(S10, 40 Jahre, 3 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

#### 4.2.5 Geburtsvorbereitung

Viele der Befragten sehen in der Schwangerenvorsorge eine Möglichkeit, sich auf die Geburt vorzubereiten. In erster Linie geht es dabei – wie bereits weiter oben erwähnt - um Informationen über die Position des Kindes. 15% der Befragten (n=6) sehen in der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge jedoch eine direkte Geburtsvorbereitung und zwar in einem wortwörtlichen Sinn. In der subjektiven Wahrnehmung der Frauen, hat die Inanspruchnahme der Vorsorgeleistungen unmittelbar eine sichere und leichte Entbindung sowie ein gesundes Kind zur Folge und ist in diesem Sinne für die Befragten eine direkte Strategie zur Risikovermeidung.

*„I went for ANC, because I was thinking about the time of delivery. I wanted to deliver fast and easy. So I went to be prepared. Going for ANC means that you will deliver fast. Every woman should go, because every woman wants to deliver fast.”*  
(S34, 35 Jahre, 3 Schwangerschaften, Entbindung)

Einige Frauen geben zudem an, dass die Häufigkeit der Besuche in einer Einrichtung, die Schwangerenvorsorge anbietet, mit dem Ergebnis der Schwangerschaft positiv korreliert.

*„The more often you go to see the doctor, the more healthy the child will be and the more healthy the mother will be during birth and after the delivery as well.”*  
(S11, 42 Jahre, 4 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

In allen Fällen ist es in den Vorstellungen der Frauen von besonderer Bedeutung im letzten Trimenon, am besten im letzten Schwangerschaftsmonat zur Vorsorge zu gehen; sie sei zu diesem Zeitpunkt am effektivsten, da eine direkte zeitliche Nähe zur Entbindung besteht.

*„I am in my last month and this is the last time I come for ANC in this pregnancy. I think it is a good time to come, because I will deliver soon and today the doctor will check and make sure that the delivery will be easy. That's why I came here today, I want to be sure that the delivery will be fine.“* (S9, 32 Jahre, 1. Schwangerschaft, 9. Monat)

#### 4.2.6 Schwangerenvorsorge ist modern

Sechs Frauen (15%), alle 30 Jahre oder jünger, führen einen weiteren Faktor aus, der sie zur Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge bewogen hat: Dies sei ein Aspekt des Lebens einer modernen schwangeren Frau. Alle diese Interviewpartnerinnen haben großes Vertrauen in die Schulmedizin und sprechen viel über ihre Vorteile, die sie einer Schwangeren bieten kann. Wissen bezüglich des Nutzens von Schwangerenvorsorge (*awareness*) scheint dieser neuen Betrachtungsweise von jungen Frauen zugrunde zu liegen und vom jeweiligen Bildungsstatus der Frauen unabhängig zu sein. Hieraus ergeben sich zwei unterschiedliche Konsequenzen: Eine Gruppe von Frauen lehnt indigene Präventivpraktiken gänzlich ab, sie scheinen mit einem gewissen Stigma des Altmodischen und Rückwärtsgewandten behaftet zu sein, was auch in der Verwendung des Khmer Adjektivs *buraan* zum Ausdruck kommt, was nicht nur „alt“ sondern auch „altmodisch“ oder „rückwärtsgerichtet“ bedeutet<sup>501</sup>. Diese Frauen vertrauen im Gegenzug völlig auf die schulmedizinisch geprägten Vorsorgetermine in den staatlichen Gesundheitseinrichtungen.

*„Younger women don't wear this string anymore. It is just an old (buraan) belief. Modern women go to see the doctor when they are pregnant.“*

(S16, 30 Jahre, 2 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

*„I think ANC is modern and it is also better than the traditional (buraan) practices, because you can get a lot of information from ANC visits. If you do not go maybe you don't know when the baby will come and you cannot prepare. I don't believe in these old (buraan) ideas anymore, because I know the modern medicine helps better, that's why I go for ANC.“*

(S19, 27 Jahre, 1. Schwangerschaft, unbekannter Monat)

In den Aussagen der zweiten Gruppe von Befragten wird eine ambivalente Haltung der jungen Frauen deutlich: Sie geben an, bezüglich Schwangerschaft, indigener gesundheitsförderlicher bzw. präventiver Verhaltensweisen, Anatomie und Physiologie sowie Risiken und ihrer Ätiologie in erster Linie von ihren Müttern, Tanten und Großmüttern informiert zu werden. Diese Personen und ihre Ansichten genießen viel Respekt, sie spielen als vertrauensvolle Ratgeberinnen im Leben der jungen Schwangeren eine wichtige Rolle. Andererseits empfinden sie sie ebenfalls als eher altmodisch, ihr Selbstbild ist hingegen das einer modernen, jungen, urbanen Frau. Sie sind also auf der einen Seite stolz, jung und modern zu sein, auf der ande-

---

<sup>501</sup> Informelles Gespräch mit meiner Feldassistentin am 09.08.2006; vgl. hierzu auch HOBAN (2002): 48ff.

ren Seite fühlen sie sich zu unsicher, als dass sie Ratschläge und Ansichten vertrauensvoller Respektspersonen einfach ignorieren würden.

*„And I do not know if I should believe it or not. Because I never experienced these kind of things myself. I never saw a ghost coming to my house, for example. But the other believes like that a pregnant woman should not reach things above her head I saw it with my own eyes. When my sister did not follow these believes, she faced some problems in pregnancy. She had some bleeding and the baby was not too well. And she also delivered with difficulties and a lot of pain which lasted for one day and one night. So I really don't know what to believe, so I try to do both the traditional things and ANC.”* (S2, 25 Jahre, 2. Schwangerschaft, 7. Monat)

Das Ergebnis dieser Ambivalenz ist häufig der Wunsch nach einer Kombination schulmedizinischer und indigener Aspekte in der staatlichen Schwangerenvorsorge oder zumindest der expliziten Anerkennung indigener Präventivmaßnahmen durch schulmedizinisches Personal<sup>502</sup>. Wie dies im Detail aussehen könnte, wurde von den Befragten jedoch nicht näher ausgeführt<sup>503</sup>.

Aber auch unter den über 30-Jährigen findet sich in einige Aussagen die Gleichsetzung staatlicher Schwangerenvorsorge mit einer als modern bezeichneten Lebensweise. Meist wird dabei ein Generationenwechsel, in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung und Behandlung von Schwangeren, konstatiert. Vor allem die Frauen über 35 geben dabei an, dass dieser Wechsel deshalb stattgefunden habe, weil jüngere Frauen mehr gesundheitliche Probleme in ihrer Schwangerschaft hätten, als sie selbst in früheren Zeiten. Dies sei auch der Grund, warum jüngere Frauen zur staatlichen Schwangerenvorsorge gehen sollten, da sie dort mit diesen neuen Problemen besser aufgehoben seien. Eine Erklärung für dieses Phänomen haben die Befragten jedoch nicht. Sie stellen lediglich fest, was ihnen offensichtlich erscheint.

*„And another reason why I brought my nice to have ANC was that now there are a lot of problems with the pregnant women, like mothers cannot deliver easily. And in my generation there were not any problems and people did not need health care. They just stayed at home, waited until the due date and then they could deliver without any problems. I really wonder where all these problems come from. The old people, some of them have even twelve children, but they never had any problems. And I don't know why.”*  
(S10, 40 Jahre, 3 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

---

<sup>502</sup> Vgl. hierzu auch Kapitel VII.5.2

<sup>503</sup> In Bezug auf die Stärkung der Zusammenarbeit zwischen schulmedizinischem und indigenem Gesundheitssektor, wie sie auch von einigen Interviewpartnerinnen gewünscht wird, gibt es bereits einige einzelne Initiativen in Kambodscha. Diese werden in erster Linie dazu eingesetzt, den Anteil von schulmedizinisch ausgebildetem Personal betreuten Geburten zu erhöhen. Bisher existieren noch keine Untersuchungen zum Einfluss dieser Programme, anekdotenhafte Berichte deuten jedoch einen Erfolg an (vgl. hierzu SEK (2005)).



#### 4.2.7 Vertrauen in die Schulmedizin

Wie bereits aus vielen Aussagen deutlich wurde, spielt auch im Zusammenhang mit den Determinanten der Inanspruchnahme staatlicher Schwangerenvorsorge, Vertrauen in die Fähigkeiten und Möglichkeiten schulmedizinischer Einrichtungen und des Personals eine wichtige Rolle. Grundsätzlich besteht unter den Frauen ein bemerkenswertes Ausmaß an Vertrauen in die schulmedizinische Versorgung, wenn auch nicht unbedingt in das offizielle, staatliche Gesundheitssystem. Hebammen und Ärztinnen werden aufgrund ihrer Ausbildung häufig als nahezu omnipotent, bei der Sicherstellung einer gesund verlaufenden Schwangerschaft und insbesondere im Hinblick auf die Behandlung gesundheitlicher Probleme sowie möglicher Schwangerschaftsrisiken, wahrgenommen.

*„ANC is good, because the doctor follows up everything. The blood pressure, the pulse, the blood cells, everything. And if anything is wrong, the doctor can detect it. She has some medicine and she knows how to cure everything.”* (S38, 22 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Dieses Vertrauen geht in vielen Fällen soweit, dass die Frauen Anweisungen von medizinischem Personal ohne Nachfragen akzeptieren und nach eigenen Angaben auch befolgen, auch wenn sie Sinn und Zweck nicht verstehen oder diese ihnen nicht erklärt werden.

*„The doctor told me that the iron is important for pregnant women. The more the woman takes the better. So I take a lot of iron, one red pill every day. But I don't know what would happen if I do not take it. I just believe in the doctor's advice and I do what she told me to do.”*  
(S25, 21 Jahre, 1. Schwangerschaft, 9. Monat)

Es besteht großes Vertrauen dahingehend, dass medizinisches Personal jede Art von Krankheit heilen und fast jede Art von Risiko abwenden kann. In den Fällen, in denen die Frauen von gesundheitlichen Problemen während Schwangerschaft oder Geburt trotz der erfolgten Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge berichten, äußern sie Gefühle von Hilflosigkeit, Enttäuschung, Verwirrung und Unverständnis gegenüber der schulmedizinischen Gesundheitsversorgung.

*„My niece and one of my sisters-in-law, they delivered with complications. And they were talking to each other that they attended ANC. The doctor said everything was ok. But it was not ok at all at the time of delivery, and they said that they don't know why she said that it was ok. I felt very confused after I heard this and I also did not know if I should trust the doctor anymore. Still I continued going for ANC, because I went to a different doctor.”*  
(S10, 40 Jahre, 3 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

Ein weiterer Aspekt des Vertrauens der Befragten in die Schulmedizin, der bereits in den Ausführungen zu den während der Schwangerenvorsorge ausgegebenen Medikamenten erwähnt wurde, ist der Stellenwert, den medizinische Technologien, zu denen auch Medikamente ge-

zählt werden können, in den subjektiven Vorstellungen der Frauen einnehmen. Medizinische Technologien verkörpern dabei die moderne Seite der Schulmedizin, die besonders viel Vertrauen genießt und die für die Heilung jeder Krankheit und die Linderung jeder Art von Beschwerden in der Schwangerschaft als geeignet angesehen wird.

*„I want the technology, like ultrasound or the injections, to become more modern. I think it is good (l'aan), that a pregnant woman can go for ANC and that she will have the possibility to get injections and to have her belly checked by ultrasound. I had ultrasound myself, when I was pregnant the last time. I always heard something like 'kruh krah' and because of this the doctor could tell that the baby was healthy. I want the technologies to become more modern, so that the younger generation can get good health care and that every pregnant woman who is ill can get healthy again.”* (S13, 39 Jahre, 2 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

### **4.3 Probleme bei der Inanspruchnahme der staatlichen Schwangerenvorsorge**

Alle Befragten wurden gegen Ende der Interviews bzw. an passender Stelle gefragt, welche Probleme sich bei der Inanspruchnahme der staatlichen Schwangerenvorsorge für die betreffenden Frauen ergeben können. Die Antworten der Interviewpartnerinnen unterscheiden sich in der Anzahl der Gründe stark voneinander je nach dem, ob sie selbst Vorsorgemaßnahmen wahrgenommen haben oder nicht, weshalb sie an dieser Stelle getrennt voneinander dargestellt werden.

#### **4.3.1 Frauen, die Schwangerenvorsorge in Anspruch nehmen**

Frauen, die Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen (85%, n=34), beschreiben eine Vielzahl an Gründen, warum andere Frauen nicht zur Schwangerenvorsorge gehen. Zusammenfassend gesprochen benennen sie Aspekte der Zugänglichkeit (*accessibility*), Verfügbarkeit (*availability*) und Akzeptanz (*acceptability*).

Tabelle 16 zeigt zunächst eine Übersicht der genannten Gründe.

Grund	Anzahl der Befragten, die Kategorie nennen (n = 34)	Prozent der Befragten, die Kategorie nennen (n = 34) (gerundet)
<b>Zugänglichkeit</b>	<b>34</b>	<b>100</b>
Ökonomische Aspekte	27	79
Aspekte der <i>awareness</i>	22	65
Geographische Aspekte	13	38
Sozio-kulturelle Aspekte	12	35
<b>Verfügbarkeit</b>	<b>22</b>	<b>65</b>
<b>Akzeptanz</b>	<b>5</b>	<b>15</b>

Tabelle 16: Probleme bei der Inanspruchnahme staatlicher Schwangerenvorsorge (Mehrfachnennungen möglich)

#### 4.3.1.1 Zugänglichkeit

Die Zugänglichkeit<sup>504</sup> staatlicher Schwangerenvorsorge als möglicher Hinderungsgrund für ihre Inanspruchnahme hat, entsprechend der in Fußnote 503 angeführten Definition, verschiedene Facetten. 27 Interviewpartnerinnen (=79%) benennen ökonomische Einschränkungen als zentrales Problem für eine mangelnde Inanspruchnahme. Fehlendes Geld, oder umschrieben als zu beschäftigt mit Geld verdienen sein, wird von den Befragten als starke Barriere wahrgenommen.

*„Women who don't go for ANC have no money. Here they charge very little, so only the very, very poor women cannot come. Usually they have to buy iron and some injections and they have to pay for measuring the belly or ultrasound. So it costs a lot. Sometimes women do not come, because they are busy earning money, so they prefer staying with their business and they don't want to spend their money for ANC.“*

(S16, 30 Jahre, 2 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

*„I was busy. I was busy selling fruits and earning money. I could not go for ANC so often.“*

(S24, 28 Jahre, 4 Schwangerschaften, Entbindung)

Speziell Frauen aus ländlichen Gebieten, die meist in der Landwirtschaft beschäftigt sind, sind je nach Jahreszeit derart in Tätigkeiten auf den Feldern eingebunden, dass ihnen – neben dem Geld – auch häufig die Zeit fehlt, zur Schwangerenvorsorge zu gehen.

<sup>504</sup> Zugänglichkeit (*accessibility*) soll an dieser Stelle verstanden werden, als die Möglichkeit für alle Frauen, unabhängig von Alter, Bildungsstand, ökonomischem Hintergrund oder sonstigen Merkmalen, Zugang zu den Einrichtungen der staatlichen Schwangerenvorsorge zu haben. *Accessibility* ist dabei von mehreren sich überschneidenden Dimensionen gekennzeichnet: Auf einer ökonomischen Ebene sollte die Schwangerenvorsorge für alle Frauen gleichermaßen erschwinglich sein. Geographisch gesehen sollten die Einrichtungen für die Frauen erreichbar sein, das heißt die entsprechende Infrastruktur (z. B. befestigte Straßen) und Transportmöglichkeiten sollten zur Verfügung stehen. Soziokulturell sollte die Schwangerenvorsorge in einem für die Frauen akzeptablen Rahmen stattfinden. Die Frauen, für die die Schwangerenvorsorge angeboten wird, sollten über die Notwendigkeit und den Nutzen ausreichend informiert sein.

*„The women are aware that they should go for ANC when they are pregnant, but because sometimes they are pregnant during the harvesting season, they have to do their harvesting job and they have to plough as well. And if there is no other person who can do this job, the women cannot leave the fields and go away for some time to have ANC.”*

(S10, 40 Jahre, 3 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

Weiterhin wurde die geographische Unzugänglichkeit insbesondere für Frauen aus ländlichen Gebieten von 13 Interviewpartnerinnen (= 38%) als Problem bezeichnet und häufig zusammen mit finanziellen Hindernissen genannt: Die Kosten für die Anreise seien zu hoch und die Gesundheitseinrichtungen zu weit weg von den Heimatorten der Frauen.

*„Some women they have pain during pregnancy, but because it is very far to go to the hospital for a check they just try to live with the pain. And if they do not have pain, and they just go for ANC in order to have their health checked they will not go either, because the health centre is too far away and they cannot afford the costs for the transportation.”*

(S2, 25 Jahre, 2. Schwangerschaft, 7. Monat)

35% der Befragten (n = 12) geben weiterhin an, dass viele Frauen sich dem staatlichen Gesundheitssystem gegenüber unsicher und gehemmt fühlen. Mangelndes Wissen über die dortigen Prozeduren und Regeln führen dem zur Folge zur Nicht-Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen. Die Frauen haben Angst etwas falsch zu machen und sich damit der Lächerlichkeit Preis zu geben.

*„Sometimes a pregnant woman doesn't want to come to the hospital for ANC. She might be shy (khmah ke), she doesn't know the processes in the hospital, she doesn't know how to behave and what to do. So she doesn't want to come.”* (S6, 18 Jahre, 1. Schwangerschaft, 8. Monat)

*“I felt very shy (khmah ke), I did not know what happens and I did not want to have my vagina checked. I just felt insecure about what to do there so I did not go for ANC. I was afraid, because I did not know what the doctor will do.”*

(S16, 30 Jahre, 2 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

Krankenhäuser scheinen dabei in den Augen der Frauen eine Welt für sich darzustellen, die ihnen mit ihren Regeln und Gesetzen völlig fremd erscheint und in der sie nicht wissen, was auf sie zu kommt.

*„Many women are also shy (khmah ke), they are afraid that when they go for ANC, they have to show their sexual organs. And in some clinics there is a male doctor and they don't want to talk to him or tell him about their problems in pregnancy.”*

(S24, 28 Jahre, 4 Schwangerschaften, Entbindung)

Ein anderer Aspekt der Zugänglichkeit staatlicher Schwangerenvorsorge ist der von 22 Frauen (65%) erwähnte Mangel an „awareness“ im Sinne von mangelndem Wissen und Bewusstsein über die Bedeutung der Schwangerenvorsorge.

*„Women sometimes don't go for ANC, because they don't understand its importance. They don't know anything about it, because they don't watch TV, so they have no idea.”*  
(S1, 24 Jahre, 1. Schwangerschaft, 3. Monat)

Diese Frauen – so die Erklärungen - fühlten sich gesund und sähen keinen Grund, zum Zwecke einer präventiven Maßnahme, in ein Krankenhaus oder ein Gesundheitszentrum zu gehen. Schwangerenvorsorge scheint für diese Frauen eine Zeit- und Geldverschwendung zu sein. Zudem wird ein Rückgriff auf die Vergangenheit als Erklärung des Verhaltens derjenigen Frauen heran gezogen, welche die Vorsorgemaßnahmen in Anspruch nehmen. Indirekt kann hier die bereits erwähnte Gleichsetzung von Schwangerenvorsorge mit einer „modernen“ Präventivmaßnahme und demgegenüber die Identifikation aller anderen Verhaltensweisen mit „rückständig“ und „altmodisch“ aus einigen Interviewaussagen heraus gelesen werden.

*„Many women think they can be fine without being checked-up. Because they know how to take care of themselves, they know what to eat and what not to eat. They feel healthy and they think that they can trust this feeling, so there is no need to go for ANC and waist their time.”*  
(S7, 25 Jahre, 2. Schwangerschaft, 4. Monat)

*“Long time ago there was no doctor and women still were able to deliver without any problems. That's what these women think, so they see no need to go for ANC.”*  
(S8, 30 Jahre, 2. Schwangerschaft, 3. Monat)

#### 4.3.1.2 Verfügbarkeit<sup>505</sup>

Eine zentrale Barriere ist nach Ansicht von 14 Frauen (35%) die Anzahl der verfügbaren Gesundheitseinrichtungen, was im Zusammenhang mit den bereits dargestellten ökonomischen und geographischen Aspekten steht. Der Bedarf nach einer größeren Anzahl von Krankenhäusern und Gesundheitszentren wurde häufig zunächst indirekt mit der Formulierung, dass diese *„should be closer to the people“*, geäußert; weiterhin sollte das medizinische Personal Hausbesuche anbieten<sup>506</sup>. Dies deutet wiederum auf das oben bereits angesprochene Unbehagen vieler Frauen hin, das eigene Zuhause zu verlassen. Weiterhin spielt der Zustand vieler Straßen in Kambodscha an dieser Stelle eine Rolle und könnte ein Hindernis für einige Frauen darstellen, die staatliche Schwangerenvorsorge in Anspruch zu nehmen. Vor allem in der Regenzeit von Juni bis November sind viele Straßen in den ländlichen Gebieten unpassierbar, so dass Frauen nicht in der Lage sind, die nächste Gesundheitseinrichtung zu erreichen.

---

<sup>505</sup> Mit Verfügbarkeit ist hier das Vorhandensein leistungsfähiger und, in ihrer Anzahl, ausreichender Einrichtungen der Schwangerenvorsorge gemeint.

<sup>506</sup> Vgl. hierzu auch die Empfehlungen in Kapitel VII.5.2, welche die Interviewpartnerinnen hinsichtlich der Verbesserung der medizinischen Versorgung Schwangerer geben.

#### 4.3.1.3 Akzeptanz

Eine weitere genannte Barriere hängt eng mit der bereits beschriebenen, mangelnden *awareness* zusammen und wird hier als Akzeptanz beschrieben. Dies bedeutet, dass Form und Inhalt der Schwangerenvorsorge für die potentiellen Klientinnen, also die schwangeren Frauen, relevant, von hochwertiger Qualität und insbesondere kulturell und sozial angemessen und für die Frauen verständlich und damit akzeptabel, sein müssen.

*„Some women they go to a Kru Khmer and they do not go for ANC. They are afraid of getting injections or they don't trust the doctor. They do not understand what is going on in the hospital and they feel more comfortable with the Kru Khmer, it is cheaper and they know him, they trust him.”* (S4, 20 Jahre, 1. Schwangerschaft, 6. Monat)

Fünf Frauen (15%) geben an, dass das Vertrauen vieler Kambodschanerinnen in indigene medizinische Praktiken stärker sei, als in schulmedizinische Institutionen und sie aus diesem Grund nicht zur staatlich organisierten Schwangerenvorsorge kämen.

*„For women in Phnom Penh I think they are more aware about ANC, about its importance. But for the people living in the rural areas, I think they believe in traditional (buraan) practices, more than in modern medicine.”* (S19, 27 Jahre, 1. Schwangerschaft, unbekannter Monat)

Sie sehen keinen Grund dorthin zu gehen, da sie sich innerhalb des indigenen medizinischen Sektors gut aufgehoben fühlen und schulmedizinischen Maßnahmen misstrauisch gegenüber stehen. Die Konstruktion von Misstrauen beruht dabei insbesondere auf der Tatsache des „Unbekannten“: Schulmedizinische Einrichtungen und Maßnahmen sind vielen Frauen fremd und aus diesem Grund mit Angst besetzt.

Weitere fünf Befragte geben unfreundliches und inkompetentes Personal als Hinderungsgrund bei der Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen in der Schwangerschaft an. Unsicherheit und Hemmungen, die viele Frauen bereits gegenüber dem offiziellen Gesundheitssystem fühlen, werden durch dieses Verhalten des medizinischen Personals noch weiter verstärkt und von den Interviewpartnerinnen als abschreckend empfunden.

#### 4.3.2 Frauen, die keine Schwangerenvorsorge in Anspruch nehmen

Frauen, die in ihrer aktuell beendeten oder vorangegangenen Schwangerschaft keine Vorsorgeleistungen in Anspruch genommen haben (15% der Befragten, n = 6), geben lediglich einen einzigen Grund für ihr Verhalten an: Ökonomische Probleme.

*„Money is a big problem for people living in rural areas like me and also for the poor people in the city. They cannot come to have health checks, because they don't know where they should get the money from. And when they deliver, they cannot come to a hospital if they have to pay for the delivery. So usually they just stay at home and deliver with the help of a TBA. They know that it would be better to go to a hospital, but what can they do? They have no money.”*  
(S11, 42 Jahre, 4 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

Auch auf mehrmaliges Nachfragen benennen diese sechs Frauen keinen anderen Grund.

#### **4.4. Zusammenfassung und Diskussion**

Grundsätzlich stehen die befragten Frauen der staatlichen Schwangerenvorsorge positiv gegenüber. Sie benennen eine Vielzahl von Vorteilen, die sie ihnen bieten kann und befolgen meist – entsprechend ihrer eigenen Angaben – die Ratschläge und Handlungsanweisungen, die sie von schulmedizinischem Personal erhalten.

Dieses positive Bild kann zunächst dahingehend interpretiert werden, dass „what is must be best“ (PORTER, MACINTYRE (1984): 1197). Dies bedeutet, dass die befragten Frauen die existierende, schulmedizinisch orientierte Schwangerenvorsorge, die ihnen in den staatlichen Gesundheitseinrichtungen angeboten wird, als beste Wahlmöglichkeit betrachten. Sicherlich spielt hierbei der Kontext, in dem die Vorsorgemaßnahmen angeboten werden, eine wichtige Rolle<sup>507</sup>: Schulmedizinisch ausgebildete Personen, die auch Ausführende der Schwangerenvorsorge sind, genießen in Kambodscha großen Respekt. Innerhalb der hierarchisch organisierten gesellschaftlichen Strukturen wird Autoritätspersonen nicht widersprochen. „People (...) greatly fear disturbing the established order“ (LUCO (2002): 14) so umschreibt LUCO einen Aspekt der kambodschanischen Gesellschaftsordnung, der aus den rezenten historischen Entwicklungen des Landes resultiert und weiterhin sozial wirksam ist. Auch die Tatsache, dass Frauen – ihren eigenen Angaben zu Folge – nicht ausreichend mit Informationen versorgt werden, ändert an dem grundsätzlich positiven Bild nur wenig. Die Durchführung der Schwangerenvorsorge erfolgt, ebenso wie die Verschreibung von Medikamenten oder die Verabreichung von Impfungen, häufig ohne weitere Erklärungen<sup>508</sup>, was bei den betroffenen Frauen dazu führen kann, dass die durchgeführten Maßnahmen als selbstverständlich, alltäglich, sicher und richtig akzeptiert werden. Häufig wird ihnen dadurch die Möglichkeit einer aktiven Entscheidung genommen, das passive Sich-Fügen in das schulmedizinische Handeln kann deshalb auch als Mangel an alternativen Entscheidungsmöglichkeiten und Handlungsweisen sowie als Resignation vor einem äußerst hierarchisch organisierten System, das bestimmt, wer Fragen stellen darf und wer die Entscheidungen trifft, interpretiert werden.

<sup>507</sup> Vgl. hierzu auch RICE, NAKSOOK (1999): 272ff.

<sup>508</sup> Diese Aussage entspricht den Erfahrungen der Autorin im Rahmen der teilnehmenden Beobachtungen an ca. 200 Schwangerenvorsorgen in den vier Einrichtungen, in denen die Interviews durchgeführt wurden.

Weiterhin kann als Erklärungsansatz für das positive Bild, das die Befragten von der Schwangerenvorsorge haben, der Ansatz des „abweichenden Verhaltens“ und der „Beschuldigung der Opfer“ herangezogen werden<sup>509</sup>. Die hier befragten Schwangeren sind aus gesellschaftlicher Sicht für ihre eigene Gesundheit und die ihres ungeborenen Kindes alleine verantwortlich. Unter anderem daraus resultiert eine Vielzahl an gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen, welche die Frauen einhalten. Die Inanspruchnahme der staatlichen Schwangerenvorsorge wird in diesem Zusammenhang als ein sehr wirksames Mittel der Prävention von Schwangerschaftsrisiken und ggf. auch der Therapie von Manifestationen dieser Risiken, also gesundheitlicher Probleme, eingestuft. Mit dem Gang zur Schwangerenvorsorge sichern sich die Frauen also auch selbst gegenüber gesellschaftlichen Erwartungen ab (vgl. auch unten). RICE und NAKSOOK interpretieren das positive Bild der von ihnen untersuchten Thai-Frauen bezüglich der Routine-Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft, ebenfalls unter diesem Aspekt. Sie führen hierzu aus:

„As it is a societal norm that all pregnant women should have prenatal testing in order to make sure that the foetus is not disabled so that a normal society can be produced, women feel the pressure for compliance. This makes the women see that if they do not carry on the societal norm to make sure about the health of the foetus, they must take full responsibility for the outcome, in this case, an abnormal child. Women feel that they must conform to the societal expectation so that if any negative outcome is the result, they then are not blamed for wrongdoing” (RICE, NAKSOOK (1999): 273).

Das Vertrauen in die Schulmedizin ist dabei, ebenso wie in den für diese Studie durchgeführten Interviews, häufig nahezu unbegrenzt. In der Literatur finden sich nur wenige Hinweise auf dieses Phänomen in Kambodscha. TARR und HORNG (2006) argumentieren auf der Grundlage ihrer Daten, dass der Bildungsgrad einer Frau mit ihrem Vertrauen in die Schulmedizin korreliert:

„This woman [mit einem höheren Bildungsgrad (Anm. der Verf.)] is making the transition from tradition to modernity or is at least prepared to adapt traditional beliefs and actions into a cognitive framework that includes non-traditional beliefs and behaviours” (TARR, HORNG (2006): 32).

Diese Korrelation lässt sich im vorliegenden Sample so nicht bestätigen; Frauen aus allen Bildungsschichten zeigen hier ein hohes Maß an Vertrauen in die Schulmedizin<sup>510</sup>.

---

<sup>509</sup> Zum Folgenden vgl. RICE, NAKSOOK (1999): 273f.

<sup>510</sup> Dies schließt die Richtigkeit der von TARR und HORNG getätigten Aussage jedoch nicht aus, da das vorliegende Sample zu klein und nicht repräsentativ ist sowie keine exakte statistische Auswertung hinsichtlich der Korrelationen zwischen den sozio-ökonomischen Daten und den qualitativen Aussagen der Interviewpartnerinnen durchgeführt wurde.



Aufgrund der, als nahezu omnipotent eingestuften Fähigkeiten der Schulmedizin, kann, vor dem Hintergrund der Alleinverantwortlichkeit der Schwangeren, jedoch geschlossen werden, dass das positive Bild der Schwangerenvorsorge auch daher rührt, dass sie den Schwangeren eine effektive Möglichkeit bietet, den Normen und Ansprüchen, die von Seiten ihres sozialen Umfeldes an sie gestellt werden und die sie selbst verinnerlicht haben, gerecht zu werden. Diese Normen und Ansprüche kommen auch in der Angst vor Repressalien und Anschuldigungen zum Ausdruck, die in Kapitel VII.4.2.4 als ein Grund für die Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge ausgeführt wurde. Indem sich die Schwangeren an die, von den Ärztinnen und Hebammen der staatlichen Gesundheitseinrichtungen vorgegebenen Handlungsanweisungen halten, können sie möglichen Anschuldigungen entgehen. Dieser Grund - die Angst vor Repressalien - für die Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge, wird ebenfalls von JIROJWONG für Frauen in Thailand benannt. Hier nutzen die befragten Frauen das Angebot, um dem Vorwurf zu entgehen, sie würden sich nicht genug um sich selbst und ihre ungeborenen Kinder kümmern<sup>511</sup>.

Eine weiterer Aspekt, der für das positive Bild der Schwangerenvorsorge unter den Interviewpartnerinnen eine Rolle spielen könnte, wird ebenfalls von RICE und NAKSOOK im Hinblick auf Thailand ausgeführt und bezieht sich auf das Geschlechterverhältnis. Ähnlich wie in Kambodscha ist die thailändische Gesellschaft patriarchal-hierarchisch strukturiert, wobei Frauen – verallgemeinernd gesprochen - einen niedrigeren gesellschaftlichen Status haben als Männer. Eine Aufwertung erfahren Frauen durch ihre reproduktiven Fähigkeiten, d.h. durch ihre Fähigkeit Kinder zu bekommen. Aus diesem Grund werden Frauen, sobald sie verheiratet sind, hierzu ermutigt und

„(w)omen, therefore, will try to ensure that they can produce a healthy and perfect infant, which in turn will ensure its survival. Like any other mothers, when it comes to the health of their foetus, most Thai mothers do not want to take risks. Prenatal testing, therefore, becomes a means to reassuring women; hence most women accept the tests, without question” (RICE, NAKSOOK (1999): 274).

Die Analyse der Determinanten der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge bestätigt auch den zweiten Teil des vorangegangenen Zitates. Viele Aussagen lassen ein deutliches Bedürfnis nach Sicherheit erkennen, das u.a. auf einem Gefühl von Unsicherheit in Bezug auf die Schwangerschaft im Allgemeinen basiert. Im Zusammenhang mit diesem Bedürfnis steht der explizit zum Ausdruck gebrachte Wunsch nach Erhalt oder Wiederherstellung der jeweils individuellen Entscheidungsfähigkeit, Handlungskompetenz und Verantwortlichkeit

---

<sup>511</sup> Vgl. JIROJWONG (1996): 75.

hinsichtlich einer gesund verlaufenden Schwangerschaft bzw. nach Bestätigung der eigenen Wahrnehmung, was durch die Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge verwirklicht werden soll. Ähnlich wird dieser Rückversicherungsaspekt von RICE und NAKSOOK im Hinblick auf den Nutzen des Ultraschalls im Rahmen der Schwangerenvorsorge in Thailand beschrieben:

„Most women expressed this in terms of knowing that their babies were physically ‘normal’” (RICE, NAKSOOK (1999): 264).

Auch die von TEAGLE und BRINDIS befragten US-amerikanischen jungen Frauen benennen „concern over the health of their baby“ (TEAGLE, BRINDIS (1998): 15) als den wichtigsten Faktor bei der Entscheidung für die Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge. Ebenso kommen MATHOLE et al. zu dem Ergebnis, dass „(r)eassuring women that pregnancy is progressing well“ (MATHOLE et al. (2004): 130) einer der zentralen Motivationsfaktoren für das Aufsuchen einer Vorsorgemaßnahme ist.

Die in der vorliegenden Studie befragten Frauen wollen mit der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge zudem Risiken vermeiden bzw. frühzeitig erkannt wissen. Der Aspekt der Geburtsvorbereitung, der von einigen Frauen in diesem Zusammenhang genannt wird, scheint dabei von besonderer Bedeutung zu sein. Medikamente und Impfungen dienen hier ebenfalls zum einen der Risikoprävention, zum anderen haben sie jedoch auch gesundheitsförderliche sowie therapeutische Aspekte. Weiterhin wird in der Analyse wiederum ein enormes Informationsbedürfnis der befragten Frauen hinsichtlich verschiedener Aspekte von Schwangerschaft und Geburt deutlich, wobei insbesondere Frauen mit einem höheren Bildungsstatus diesen explizit äußern. Dies kann dahingehend interpretiert werden, dass Frauen mit einem höheren Bildungsstatus mit größerem Vorwissen in die Schwangerenvorsorge kommen und sich aus diesem Grund möglicher Gefahren und Risiken stärker bewusst sind und deshalb mehr Ängste haben. Hieraus resultiert ein verstärktes Informationsbedürfnis, um diese Ängste abbauen zu können. Weiterhin korreliert ein höheres Bildungsniveau mit einem höheren ökonomischen Status, so dass sich diese Frauen möglicherweise weniger um ihre tägliche Subsistenz kümmern müssen und deshalb ihren individuellen Bedürfnissen und Ängsten konkreter Ausdruck verleihen können.

Demgegenüber verfügen fast alle Frauen über ein hohes Maß an Wissen über die Schwangerenvorsorge und können im Detail darstellen, aus welchen Gründen sie diese Maßnahmen in Anspruch nehmen. Mit ihrer Hilfe könnten - so der Wunsch der Befragten – viele Wissens-

lücken geschlossen und die eigene Entscheidungsfähigkeit und Handlungskompetenz gestärkt werden.

Das bereits thematisierte, nahezu grenzenlose Vertrauen in die therapeutischen und präventiven Fähigkeiten der Schulmedizin, spiegelt sich auch in dem, von den jüngeren Befragten deutlich zum Ausdruck gebrachten, neuen Image der staatlichen Schwangerenvorsorge wieder: Sie sei Ausdruck eines neuen Lebensstils junger (urbaner) Frauen und insofern modern. Dabei findet jedoch nur bedingt eine Dichotomisierung statt: Staatlich organisierte Schwangerenvorsorge wird zwar als zeitgemäß wahrgenommen; andere, eher indigene gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen in der Schwangerschaft, jedoch zeitgleich praktiziert und als relevant eingestuft. Diesem Verhalten entspricht der Wunsch der Befragten nach einer Kombination und wechselseitigen Anerkennung beider Aspekte von Vorsorge<sup>512</sup>. Hier könnte sich deshalb ein Ansatzpunkt für weitere Forschungen oder auch die Planung von Gesundheitsprogrammen für Schwangere ergeben.

Eine Veränderung auf Generationenebene hinsichtlich der Wahrnehmung biomedizinischer Versorgungseinrichtungen konstatiert auch INDOCHINA RESEARCH. Junge Frauen werden hier als informierte Konsumentinnen dargestellt, die westliche Medizin präferieren, in erster Linie in Bezug auf Medikamente, da diese als sicher und effektiv wahrgenommen werden<sup>513</sup>. Jedoch konstatiert auch diese Studie eine Form des Synkretismus:

„Yet while they are modernising, they want to maintain their traditional practices. (...) So young women want the best from both worlds“ (INDOCHINA RESEARCH (2005): 12 und 65).

Dabei nutzen diese jungen Frauen biomedizinische Versorgung in erster Linie zu kurativen, indigene Medizin hingegen zu präventiven Zwecken. Auch JIROJWONG (1996) bemerkt in ihrer Studie hierzu:

„This study indicates that women are more likely to receive benefits from ANC in terms of curative aspects rather than preventive aspects.“ (JIROJWONG (1996): 78)

Ähnlich stellen sich auch die Daten der vorliegenden Studie dar, wobei die Trennung nicht eindeutig erscheint und lediglich eine Tendenz erkennen lässt. Nur wenige Frauen benennen die Schwangerenvorsorge als rein therapeutisches Setting, das sie nur im Falle von bereits eingetretenen, gesundheitlichen Problemen in der Schwangerschaft aufsuchen. Es überwiegt insgesamt das Bild der Schwangerenvorsorge als wirksam im präventiven *und* therapeutischen Sinne.

---

<sup>512</sup> Vgl. hierzu auch Kapitel VII.5.2

<sup>513</sup> Vgl. INDOCHINA RESEARCH (2005): 12.

Diesem insgesamt positiven Bild können auch die Angst vor Repressalien im Falle der fehlenden Inanspruchnahme sowie Beschwerden über unfreundliches, unempathisches Personal, nur wenig anhaben. Jedoch äußern einige der Befragten in den Fällen, in denen sie von gesundheitlichen Problemen während Schwangerschaft oder Geburt trotz der erfolgten Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge berichten, Gefühle von Hilflosigkeit, Enttäuschung, Verwirrung und Unverständnis gegenüber der schulmedizinischen Gesundheitsversorgung. Sie sind insgesamt der Ansicht, dass die Omnipotenz der Schulmedizin einen sicheren und problemlosen Verlauf von Schwangerschaft und Geburt garantiert. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch GRIFFITHS und KUPPERMANN in einer Studie in Lateinamerika über pränatale Untersuchungen auf fetale Fehlentwicklungen. Unter den dort befragten Frauen herrschte

„a belief that a normal screening result provides a guarantee of the fetus’s health” (GRIFFITHS, KUPPERMANN (2008): 36).

Ähnlich beschreiben BANSAH et al. in ihrer Studie über den Informationsbedarf schwangerer Multiparae in Ghana, wie ungenügende Informationsvermittlung in einer Klinik, die Schwangerenvorsorge anbietet, Zweifel und Ängste bei den betroffenen Frauen schürt, welche im Gegenzug den Bedarf nach tiefergehenden Informationen äußern, die auf ihre spezifischen individuellen Bedürfnisse zugeschnitten sind<sup>514</sup>.

Die in den vorangegangenen Kapiteln beschriebenen, von den befragten Frauen wahrgenommenen, Probleme bei der Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge, lassen sich in den Teilbereichen Zugänglichkeit, Verfügbarkeit und Akzeptanz wieder finden und werden teilweise auch in der Literatur beschrieben. So benennt die Studie von INDOCHINA RESEARCH mangelnde Servicequalität, hohe, unvorhersehbare Kosten, Verfügbarkeit der Schwangerenvorsorge, unfreundliches Personal<sup>515</sup>, geographische Unzugänglichkeit sowie Transportkosten als die wichtigsten Barrieren für die Inanspruchnahme<sup>516</sup>. Eine, vom Frauenministerium im November 2005 herausgegebene Stellungnahme zum Thema reproduktive Gesundheit, benennt ähnliche Probleme, wie z.B. unvorhergesehene Kosten und unhöfliches Benehmen von Seiten des Klinikpersonals<sup>517</sup>. Weiterhin führt diese Stellungnahme

„little belief among rural poor women that modern hospitals, clinics and birthing practices will improve their health“ (MINISTRY OF WOMEN’S AFFAIRS (2005): 3)

---

<sup>514</sup> Vgl. BANSAH et al. (2007)

<sup>515</sup> Eine Untersuchung bezüglich Art und Ursachen des Verhaltens von medizinischem Personal in Kambodscha, insbesondere Armen gegenüber, findet sich bei GUILLOU (2003).

<sup>516</sup> Vgl. INDOCHINA RESEARCH (2005): 6f.

<sup>517</sup> Vgl. MINISTRY OF WOMEN’S AFFAIRS (2005): 3.

als eine Barriere bei der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge an. Dieser Punkt kann durch die Ergebnisse der vorliegenden Studie zumindest für die befragten, in urbanen bzw. suburbanen und teilweise auch in ruralen Gebieten lebenden, Frauen nicht bestätigt werden. Dies ist möglicherweise Ausdruck eines Bias, der durch die Auswahl des Samples bedingt ist, da nur Frauen, die Kliniken aufsuchen für die Studie ausgewählt wurden. Die Ergebnisse können jedoch auch dahingehend interpretiert werden, dass Frauen in Kambodscha sehr wohl großes Vertrauen in die Fähigkeiten der Schulmedizin und ihren Nutzen für ihre Gesundheit haben und andere Barrieren, wie insbesondere ökonomische Probleme, für die fehlende Inanspruchnahme verantwortlich sind. Auch im aktuellen *Demographic and Health Survey* aus dem Jahr 2005, wurden Probleme bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit von Frauen abgefragt<sup>518</sup>. Frauen aus Phnom Penh nannten dabei (in Klammern Prozent der Befragten, die Kategorie nennen (n=1657)): Beschaffung von Geld für die Behandlung (77,3%), fehlende Begleitung zur Behandlung (53,9%), fehlendes Wissen wohin sich wenden (45,3%), keine weibliche Behandlerin (35,8%), Haus/Kinder können nicht allein zurück gelassen werden (30,7%), notwendige Inanspruchnahme von Transportmitteln (17,8%), Entfernung zu Gesundheitseinrichtungen (10,9%) sowie fehlende Erlaubnis das Haus zu verlassen (8,4%)<sup>519</sup>. Im Wesentlichen werden also Aspekte der ökonomischen, geographischen und sozialen Zugänglichkeit und Verfügbarkeit von den befragten Frauen als Gründe benannt, was auch durch die vorliegende Studie bestätigt wird. Dabei überwiegen hier die ökonomischen Aspekte, die in verschiedenen Variationen von den Befragten genannt werden.

In einer kleinen Studie, die im Jahr 2000 in der Provinz Battambang im Nord-Westen Kambodschas durchgeführt wurde, geben etwa 50% der befragten 225 Frauen an, dass

„they did not attend prenatal care because they were not sick during pregnancy and therefore did not need a medical consultation.“ (JACOBS (2002): 64)

Dieser Aspekt trifft in der vorliegenden Studie nur auf einige wenige Befragte zu, im Gegenteil: Hier wird der Aspekt der Prävention häufig stark betont. Weiterhin werden in der Studie von JACOBS die Entfernung zur nächsten Gesundheitseinrichtung sowie mangelndes Wissen über die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge als Gründe benannt<sup>520</sup>. Auch JACOBS und PARCO bestätigen dies im Rahmen ihrer geographisch begrenzten Studie

---

<sup>518</sup> Diese Dienstleistungen umfassen auch die staatliche Schwangerenvorsorge, eine Differenzierung entsprechend der einzelnen medizinischen Maßnahmen bei der Auswertung der Daten erfolgte jedoch nicht.

<sup>519</sup> Alle Zahlen aus NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2007): 177f.

<sup>520</sup> Vgl. JACOBS (2002): 64f.

in Kambodscha: Die Entfernung zur nächstgelegenen Einrichtung, mangelndes Wissen über die hier verfügbaren Vorsorgeleistungen, ein Gefühl von Wohlbefinden während der Schwangerschaft sowie Geldmangel und zu lange Wartezeiten wurden als Hinderungsgründe genannt<sup>521</sup>. Die geographische und ökonomische Zugänglichkeit der Schwangerenvorsorge, als entscheidendes Kriterium für die Inanspruchnahme, werden in vielen weiteren Studien in unterschiedlichen Teilen der Welt angeführt. So zeigen TOAN et al. in ihrer Studie in Vietnam, dass die geographische Entfernung zu Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sowie der wahrgenommene Schweregrad einer Erkrankung in der Schwangerschaft, die zentralen Determinanten für deren Inanspruchnahme darstellen, wobei Geschlecht und sozioökonomischer Status eine eher untergeordnete Rolle spielen<sup>522</sup>.

Zu etwas anderen Ergebnissen kommen einige Studien, die sich explizit mit den Gründen für die fehlende Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge auseinandersetzen: Soziodemographische und sozioökonomische Faktoren wie z.B. Armut, niedriger Bildungsstatus, Multiparität u.a. tragen hier häufig zu einer inadäquaten bzw. fehlenden gesundheitlichen Versorgung in der Schwangerschaft bei<sup>523</sup>. So fanden z.B. MATHOLE et al. in ihrer Studie in Zimbabwe heraus, dass Multiparae seltener zur Schwangerenvorsorge gehen, da sie sich selbst als erfahren einstufen und deshalb keinen Grund für präventive Maßnahmen sehen<sup>524</sup>. Weiterhin sind individuelle Faktoren wie Wissen, Lebensstil, soziale Unterstützung sowie persönliche Ressourcen und Faktoren, die sich auf das Gesundheitssystem beziehen (Transportmöglichkeiten, institutionelle Praktiken, Personal etc.) für die Frage von Bedeutung ob, wann und wie oft Frauen im Rahmen der Schwangerenvorsorge betreut werden.

Das bereits mehrfach angesprochene Problem der Unzugänglichkeit medizinischer Einrichtungen, die Schwangerenvorsorge anbieten, hat in Kambodscha noch eine weitere, bereits mehrfach angesprochene Konnotation, welche geographische und sozio-kulturelle Aspekte vereinigt: Viele Frauen entfernen sich nur ungern aus ihrem unmittelbaren häuslichen Umfeld. Auch CROCHET beschreibt dieses Phänomen, das sie aus ihren eigenen Erfahrungen während einer Feldarbeit in Kambodscha kennt. Danach vermittelten die Dorfbewohnerinnen und -bewohner ihr ein Gefühl, dass „(l)e danger existait surtout hors du village, et, la nuit, hors de l’enclos lui-même” (CROCHET (2001a): 380).

LUCO macht in diesem Zusammenhang den Versuch einer Erklärung dieses Phänomens, wenn er schreibt:

---

<sup>521</sup> Vgl. JACOBS, PARCO (2000): 5f.

<sup>522</sup> Vgl. TOAN et al. (2002): 86ff.

<sup>523</sup> Vgl. z. B. GLEI et al (2003): 2448f., COVERSTON et al. (2004): 620ff., LIEBER (1994): 79ff.

<sup>524</sup> Vgl. MATHOLE et al. (2004): 127ff.

„Cambodia’s past and recent history – a long succession of battles, internal conflicts, rebellions, insurrections, territorial partitions and supervision by foreign countries – provides a social explanation for the partitioning of the population and the prevailing feeling of insecurity. (...) In this shattered society, people long for personal safety. (...) People like to stay at home and to rely solely on themselves. Long journeys are feared” (LUCO (2002): 14).

Diese Phänomene<sup>525</sup> sind bis zum Zeitpunkt der vorliegenden Forschung im Alltag spürbar und können einen Erklärungsansatz dafür bieten, warum viele der befragten Frauen der Ansicht sind, dass geographische Aspekte ein wichtiges Hindernis bei der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge sind.

Somit lässt sich an dieser Stelle konstatieren, dass sich im Hinblick auf die dritte Ebene des *Pathway of Survival* – die Ebene des Zugangs zu (medizinischer) Gesundheitsversorgung – mit Teilen der Ergebnisse dieser Studie bestätigen lässt, was KOBLINSKY et al. formuliert haben:

„The decision to seek skilled care often depends upon overcoming access barriers. These may include distance to reach skilled care, availability and cost of transportation, hours of facility operation, cost of services, and the lack of community support systems” (KOBLINSKY et al. (2000): 27).

Abschließend bleibt festzuhalten, dass die staatliche Schwangerenvorsorge im Vergleich zu den anderen, in Kapitel VII.3 analysierten, gesundheitsförderlichen und präventiven Verhaltensregeln und –maßnahmen, in den meisten Fällen eine Ergänzung zu Letzteren darstellt. Schwangerenvorsorge dient zum einen präventiven und zum anderen therapeutisch-kurativen Zwecken, wobei erstere oft überwiegen und im Sinne einer Risikovermeidungsstrategie zu verstehen sind, wie dies auch in anderen Studien bereits beschrieben wurde<sup>526</sup>. Sie stellt eine zentrale Erfahrung im Schwangerschaftserleben der, für die vorliegende Studie interviewten, Frauen dar, welche von diesen sehr ernst genommen wird. Dies trifft gleichermaßen für alle Interviewpartnerinnen zu, unabhängig von Alter, Beruf, ökonomischem Status oder Anzahl der Schwangerschaften.

---

<sup>525</sup> Vgl. hierzu auch Kapitel II.2.4.3.2. Im Rahmen dieser Arbeit kann nicht im Detail auf diesen Aspekt eingegangen werden. Es existieren jedoch zwei Studien, eine von OVESEN et al (1996) und eine von CROSSLAND und CONWAY (2002), die unter anderem diesem Phänomen genauer nachgehen. Darin wird die kambodschanische Gesellschaft als “loosely structured” beschrieben, was “in large part as the legacy of a political history which has since 1970 been characterized by violence, displacement and authoritarianism, and which has eroded the basis for trust and belief in the effectiveness of social sanctions against rulebreaking” (CROSSLAND, CONWAY (2002): 7), erklärt werden kann.

<sup>526</sup> Vgl. hierzu ATKINSON, FARIAS (1995): 1585.

## **5. Empfehlungen**

Am Ende eines jeden Interviews wurden die Frauen gefragt, was ihrer Meinung nach helfen könnte, die (gesundheitliche) Situation schwangerer Frauen in Kambodscha zu verbessern. Diese Frage schien für viele Frauen zunächst eine Überforderung zu sein. Es zeigte sich sehr deutlich, dass sie nur selten nach ihren Ideen, Wünschen, Bedürfnissen und nach ihrer Kritik gefragt werden. So antworteten viele Interviewpartnerinnen zunächst, sie hätten keinerlei Vorschläge. Nach der erneuten Zusicherung der Anonymität der Interviews und verschiedenen Nachfragen, wurde diese Frage schließlich von allen Frauen, mit Ausnahme einer, beantwortet<sup>527</sup>. Viele begrüßten nach Abschluss des Interviews die Möglichkeit, einmal ihre Empfehlungen und Ansichten äußern zu können.

Tabelle 17 gibt zunächst eine Übersicht über die in den nachfolgenden Kapiteln näher ausgeführten Empfehlungen der Interviewpartnerinnen.

<b>Empfehlung</b>	<b>Anzahl der Befragten, die Kategorie nennen (n = 40)</b>	<b>Prozent der Befragten, die Kategorie nennen (n = 40)</b>
<b>Verbesserte Information</b>	<b>28</b>	<b>70,0</b>
Vermehrte Information und Aufklärung allgemein	18	45,0
Peer-to-peer Aufklärung	8	20,0
Vermehrte Werbung	2	5,0
<b>Frauzentrierte Versorgung und Verbesserung der allgemeinen Versorgungsqualität</b>	<b>26</b>	<b>65,0</b>
Verbesserung der Servicequalität	13	32,5
auf Frauen ausgerichtete Versorgung	7	17,5
Zusammenarbeit von indigener Medizin und Schulmedizin	6	15,0
<b>Geographische Aspekte</b>	<b>13</b>	<b>32,5</b>
Hausbesuche/Mobile Kliniken	6	15,0
erleichterter Zugang	4	10,0
mehr Kliniken	3	7,5
<b>Appell an Mitbürgerinnen und Mitbürger</b>	<b>8</b>	<b>20,0</b>
<b>Ökonomische Aspekte</b>	<b>7</b>	<b>17,5</b>
Verbesserter Zugang für Arme	4	10,0
Kürzere Wartezeiten	3	7,5

Tabelle 17: Empfehlungen der Interviewpartnerinnen zur Verbesserung der Situation schwangerer Frauen in Kambodscha (Mehrfachnennungen möglich)

<sup>527</sup> Dabei handelt es sich um die Interviewpartnerin S1.



## 5.1. Verbesserte Information

Der von vielen Interviewpartnerinnen empfundene Mangel an Wissen über Schwangerschaft im Allgemeinen sowie Schwangerschaftsrisiken im Besonderen führt zu der von 70% (n = 28) geäußerten Empfehlung, den Informationsstand schwangerer und nicht-schwangerer Frauen auch in Details zu verbessern, wobei der damit im Zusammenhang stehende Aspekt des *awareness raising* von besonderer Bedeutung ist<sup>528</sup>.

*„I want the doctor to explain in more detail, so that I know what is happening to me and how I can avoid problems. Like they only told me that swelling and bleeding is a sign of danger, but they did not say what causes these signs and what kind of problems I will face when I experience these. And I also don't know what I should do, if I recognize them.”*  
(S40, 40 Jahre, 3 Schwangerschaften, Entbindung)

*„I would like to have more information about health problems during pregnancy, about how to behave to stay healthy and about what I should not do.”*  
(S25, 21 Jahre, 1. Schwangerschaft, 9. Monat)

Informationen über Symptome möglicher Risiken in der Schwangerschaft, deren Bedeutung für den weiteren Schwangerschaftsverlauf, Maßnahmen zur Risikovermeidung, Ernährung sowie die präventiven und therapeutischen Möglichkeiten der Schwangerenvorsorge sind die Themengebiete, über die die Frauen verstärkt informiert werden wollen.

*„It would be good if all the information about pregnancy and especially about all the problems in pregnancy could be spread out to every woman. And to the women who go to the health centres. Because then they know what they should do or not do when they are pregnant. Women still do not know a lot about this, so it would be good to spread out the information to them.”*  
(S13, 39 Jahre, 2 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

Im Hinblick auf die Schwangerenvorsorge äußern zudem viele Frauen das Bedürfnis, mit ihren spezifischen Informationsbedürfnissen und Ängsten ernst genommen und in den Prozess der Schwangerenvorsorge aktiv eingebunden zu werden.

*„And I want the midwife to give detailed information. Because for example in my case, when I see the midwife and I ask her questions, she always says ‘no problem, no problem’. And I don't want to hear that, I want to know what happens to me and what I should do. Like what I should do or not do and what I should eat in order to enhance my own health and the health of the baby. They should not tell me ‘no problem’.”*  
(S19, 27 Jahre, 1. Schwangerschaft, unbekannter Monat)

*“The information I got from the midwife was not detailed and I actually did not know what is good and what is bad for my own and the child's health. Everything I did was based on my own opinion, whether I thought that it is good or bad. I think this should be changed, like the midwife should give more detailed information to the pregnant women.”*  
(S29, 25 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

---

<sup>528</sup> Möglicherweise haben auch einige Fragen aus den Interviews zu einem Teil dieser Empfehlungen direkt beigetragen.

Zwei verschiedene Methoden zur Umsetzung dieser Vorschläge werden dabei von den Befragten genannt: Zwei Frauen nennen konkret Informationssspots in Hörfunk und Fernsehen, welche die allgemeine Bevölkerung hinsichtlich der genannten Themen aufklären könnten.

*„It would be good to have more educational spots on TV related to pregnant women and about the importance of good health care in pregnancy. And about risks in pregnancy. I used to watch a kind of soap opera on TV, where the people were talking to each other about what pregnant women should eat. That was good information and I would like to have more of this kind of education on TV.”* (S4, 20 Jahre, 1. Schwangerschaft, 6. Monat)

Ein weiteres wichtiges Instrument hierzu könnte – so acht der Befragten (20%) – die Etablierung eines Systems der *peer-to-peer*-Beratung sein: Frauen, die bereits Erfahrungen mit dem staatlichen Gesundheitssystem und konkret mit der staatlichen Schwangerenvorsorge gemacht haben, könnten anderen Frauen aus ihrem persönlichen und erweiterten sozialen Umfeld (Dorfgemeinschaft, Arbeitsplatz etc.) über diese Erfahrungen berichten. So könnten andere Frauen über die Bedeutung der Schwangerenvorsorge informiert sowie im Rahmen einer sich gegenseitig unterstützenden Gruppe Informationen ausgetauscht und Ängste abgebaut werden. Mit diesem Vorschlag wird von den Befragten also auch der Aspekt der sozio-kulturellen Zugänglichkeit der Gesundheitseinrichtungen angesprochen, den es zu verbessern gilt.

*„The women who already went for ANC, they should explain to other pregnant women about the process at the hospitals. So that they are aware of it and they can also come. Like when I come back to my village, I will tell the other pregnant women about what they did here at the hospital.”* (S6, 18 Jahre, 1. Schwangerschaft, 8. Monat)

*„It would be good if a woman who has just been for ANC could explain to other women in the village about what will happen there when they go for ANC. That would be good. One who has already been there, because she knows that there is no reason to be shy (kham ke).”* (S35, 31 Jahre, 3 Schwangerschaften, Entbindung)

## **5.2 Frauenzentrierte Versorgung und Verbesserung der allgemeinen Versorgungsqualität**

Die bereits in Kapitel VII.4.3 dargestellten Probleme und Barrieren bei der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge werden in vielen Empfehlungen der Interviewpartnerinnen noch einmal aufgegriffen. Dies trifft insbesondere für Vorschläge zur Verbesserung der allgemeinen Versorgungsqualität zu, die von 65% der Befragten (n=26) empfohlen wird. Weiterhin wünschen sich die Befragten eine stärker auf die Bedürfnisse der betroffenen Frauen ausgerichtete Versorgung. Dabei geht es in erster Linie um die qualitative Verbesserung bereits bestehender Einrichtungen.

Konkret fordern die Befragten insbesondere höflicheres Personal in den staatlichen Gesundheitszentren und Krankenhäusern, das seine Arbeit mit Respekt gegenüber den Patientinnen verrichtet.

*„Some doctors only want to have money from the patients and they do not perform their duties well. They just say this, this, this, but it is not really good. So I want them to perform their duty better, to respect the patient and take some responsibility.“*  
(S38, 22 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

*„I expect that the people at the health centre really try to cure me in case I have a complication and they should use nice words. Because usually they only use bad words and it is horrible, because when you have pain and you have to listen to all these bad words, you feel very sad. So I expect them to behave softer to the patients.“* (S2, 25 Jahre, 2. Schwangerschaft, 7. Monat)

Das Personal sollte auf die Frauen und deren Unsicherheiten und Unwissen bezüglich der Abläufe in einer Gesundheitseinrichtung Rücksicht nehmen.

*„The staff should be more friendly. Especially the staff should not blame the women if they do something wrong and they should not use bad words in this case. Instead I want them to explain in detail what is going on.“* (S21, 23 Jahre, 2. Schwangerschaft, 5. Monat)

Aus einigen Aussagen lässt sich auch hier der Wunsch der Frauen erkennen, zu wissen, was mit ihnen und ihrem Körper passiert, um ihre eigene Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit zu erhalten bzw. wieder herzustellen.

*„I want to be clearly examined and told about the results afterwards so that I know exactly what happens and so that I can decide what to do next.“* (S7, 25 Jahre, 2. Schwangerschaft, 4. Monat)

Weiterhin fordern die Befragten im Zusammenhang mit höflicherem Personal auch eine qualitative Verbesserung medizinischer Dienstleistungen und einen verantwortlichen Umgang des Personals mit den Patientinnen. Die verbesserte Ausstattung der Einrichtungen mit Medikamenten, insbesondere solche, die intravenös zu verabreichen sind sowie die Anschaffung von technischen Ausrüstungsgegenständen wie ein Ultraschallgerät werden dabei konkret benannt. Weiterhin fordern die Frauen, nur von weiblichen Personen untersucht und beraten zu werden.

*„The doctor at the hospitals should be female. I don't want to be examined by a man, I feel shy (khmah ke) and I think that he might not be so professional and he might not know a lot about pregnancy.“* (S16, 30 Jahre, 2 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

Wie bereits weiter oben erwähnt, wünschen sich die Befragten eine, auf ihre Bedürfnisse und Ängste ausgerichtete, Versorgung im Rahmen der Schwangerenvorsorge. Sie wollen nicht einfach nur behandelt und untersucht werden, sondern an diesem Prozess aktiv teilhaben und

die Gelegenheit erhalten, individuelle Aspekte einzubringen. Häufig fehlt ihnen jedoch der Mut, während ihres Besuchs in einer Gesundheitseinrichtung Fragen zu stellen und sich damit selbst aktiv in die Vorsorgemaßnahmen einzubringen.

*„I want to be involved in everything they do there at ANC. And it is also a problem, because many women they are afraid, they don't know the rules of the hospital. And they are afraid of asking questions, because the staff might be unfriendly then. They should not be unfriendly, even though the woman does not understand what she has been told. They should show some respect so that the woman is confident to ask what she wants to know.”*  
(S23, 25 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Ein weitere Aspekt der Verbesserung der Versorgungsqualität, der von den Befragten empfohlen wird, ist die Einbindung indigener und laienmedizinischer Aspekte in die schulmedizinisch orientierte Schwangerenvorsorge. Der ausdrückliche Wunsch, diese mögen vom schulmedizinischen Personal ernst genommen werden, wird dabei besonders betont:

*„I want the traditional (buraan) and the medical things from today at the ANC working together. That the traditional things are included in the ANC. It would be very good, because then I could get the whole package together. „For me both the old (buraan) believes and the modern believes have to go together and I believe in half of the old (buraan) things and half the medical things from today. I follow my mother and my grand-mother who tell me things like I should not reach things above my head. And I also follow the doctor. I came here for ANC every month.”*  
(S38, 22 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Die Frauen geben an, dass sie sich wohler fühlen würden, wenn sie das Gefühl hätten, dass das, was ihnen von Respektspersonen wie ihren Müttern oder Großmüttern geraten worden ist, auch in einem schulmedizinisch orientierten Setting ernst genommen würde. Einige Frauen erwähnen die Möglichkeit der Zusammenarbeit indigener Heilerinnen und Heiler (*Kru Khmer*) mit den *Kru Peet*, also dem schulmedizinischen Personal.

*„I would feel very comfortable if hospitals could work together with a Kru Khmer or other traditional people. The Kru Khmer and the doctor then can discuss everything which is important for the pregnant woman and then they should explain everything to her, so that she knows everything, the traditional and the modern thinking about health care.”*  
(S3, 20 Jahre, 1. Schwangerschaft, 8. Monat)

### **5.3 Geographische und ökonomische Aspekte**

Auch die verschiedenen Aspekte der geographischen und ökonomischen Zugänglichkeit der Einrichtungen, die vielfach eine Barriere für die Inanspruchnahme der Schwangerenvorsorge darstellen, werden in den Empfehlungen der Befragten wieder aufgegriffen.

17,5% der Befragten (n=7) befürworteten die Eröffnung einer größeren Anzahl von Kliniken, die Schwangerenvorsorge anbieten, insbesondere in den ländlichen Gebieten Kambodschas

und fordern zudem einen bessern Zugang zu diesen, im Sinne einer Verbesserung der Infrastruktur. Insofern ist die Verbesserung der geographischen Zugänglichkeit gleichzeitig auch eine der ökonomischen, da sie die Transportkosten und den Zeitaufwand für die betroffenen Frauen reduziert.

*„I would like to recommend that more clinics which offer ANC should be opened in Cambodia, especially in the rural areas so that the women there can also get good health care. They should open more health centres far away, so that these health centres are closer to the people.”*  
(S2, 25 Jahre, 2. Schwangerschaft, 7. Monat)

Unabhängig von ihrem eigenen ökonomischen Hintergrund empfehlen weitere 17,5% der Interviewpartnerinnen einen erleichterten Zugang zu den staatlichen Gesundheitseinrichtungen für arme Frauen durch die Reduzierung oder auch Abschaffung von Nutzungsgebühren. Mehrfach wurde die Einrichtung von Kliniken vorgeschlagen, die Arme kostenfrei behandeln<sup>529</sup>.

*„The hospitals should be closer to the people, especially the poor people in the province, and they should have good doctors and modern equipment, so that the poor women can get good health care during pregnancy and also when they are not pregnant.”*  
(S22, 22. Jahre, 2 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

*“It would also be good, if it is possible to have hospitals for poor people where they can go without paying any money for the health services. I think if this would be possible many poor women would go for ANC and have their health checked.”*  
(S26, 19 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Der Zusammenhang zwischen qualitativ schlechter Versorgung und der ökonomischen Situation einer Frau wird im folgenden Zitat besonders deutlich und resultiert wiederum in der Forderung nach speziellen Kliniken für arme Frauen.

*„For example, if a woman goes to the hospital for delivery, if this woman gives money to the midwife, she gets much care from her. Like after delivery she comes very often to her room to ask if anything is wrong. But if the woman can't give money to the midwife, she is just left alone by the midwife and the midwife doesn't care. And I would like to suggest that some organizations open a hospital for the poor people, where they can go. Because it is so horrific for the poor people, because they are poor and they do not get care.”*  
(S30, 21 Jahre, 1 Schwangerschaft, Entbindung)

Weiterhin wird die Verkürzung der Wartezeiten empfohlen, was auch im Sinne einer Verbesserung der ökonomischen Zugänglichkeit der Einrichtungen gewertet werden kann.

---

<sup>529</sup> Die Möglichkeit von Nutzungsgebühren befreit zu werden, besteht in Kambodscha bereits seit der Einführung dieser Gebühren Ende der 1990er Jahre. Der Vorschlag der Befragten deutet darauf hin, dass diese von dieser Möglichkeit entweder nichts wissen oder dass sie nicht in allen Gesundheitseinrichtungen umgesetzt wird.

*„I want the waiting times to be shorter and the doctor to work faster, because I come from very far away and I have to leave all my work behind, so I want the waiting times to be shorter so that I can return faster.”* (S5, 33 Jahre, 1. Schwangerschaft, 2. Monat)

6 Interviewpartnerinnen (15%) schlagen zur konkreten Umsetzung ihrer Empfehlungen ein Konzept vor, das als „mobile Schwangerenvorsorge“ bezeichnet werden kann.

*„If the women cannot come to the hospital for ANC, I think it would be good, if it happens like this: The doctor goes from house to house to do the ANC at the women's homes and she can spread all the information out and all the women could ask whatever they would like to know.”* (S33, 33 Jahre, 2 Schwangerschaften, Entbindung)

Die Untersuchungen und Beratungen könnten in den Häusern der Frauen oder einem zentral gelegenen Ort in einem Dorf statt finden. Dies würde verschiedene Probleme auf einmal beheben: Die Frauen bräuchten ihre Arbeit nur kurz zu unterbrechen, ihre Kinder wären versorgt und Transportkosten würden entfallen, eventuell wären die Untersuchungen auch billiger. Zudem fühlten sich die meisten Frauen zu Hause wohler und wären nicht verunsichert angesichts eines fremden Kosmos „Krankenhaus“.

*„I want to have the doctor going to each village to check the health of pregnant women. Especially people living in rural areas they are very poor. They do not have enough rice and they do not have the money to go for health checks. And sometimes when they are ill, they just stay at home and wait for the day they will die. Because they have no hope that they will recover. And if the doctor would come to their house to check them, they would have the possibility to have a safe pregnancy. They would not have to go outside their houses, leaving all the work and the children behind for a long time. So I want to have a doctor going closer to the pregnant women.”* (S11, 42 Jahre, 4 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

#### **5.4 Appell an Mitbürgerinnen und Mitbürger**

Im Zusammenhang mit der Frage nach Vorschlägen zur Verbesserung der Situation schwangerer Frauen richteten acht der Befragten (20%) einen leidenschaftlichen Appell an ihre Mitbürgerinnen und Mitbürger.

In Bezug auf die Frauen geht es dabei im Wesentlichen um die Aufforderung, keine Scheu gegenüber dem staatlichen Gesundheitswesen zu haben, sich nicht einschüchtern zu lassen und die eigenen Bedürfnisse ernst zu nehmen. Die Frauen wüssten bereits, was gut für sie sei und wie sie behandelt werden wollten und sollten dies auch im Rahmen der Schwangerenvorsorge zum Ausdruck bringen.

*„All women want to be healthy. So they should be confident and should go to the hospital to have their health checked. Before they go, they should think for one minute about what they want and what they don't want, so that they can tell the doctor at the ANC. They should not be shy (khmah ke), instead they should be brave.”* (S13, 39 Jahre, 2 Schwangerschaften, gynäkologische Untersuchung)

*„For example if a woman gets ill, only this woman knows that she is ill, that she herself is getting sick at this moment. Like for example when a pregnant woman has some pain in her womb, only this woman can feel this. Only she knows. So she should take this for serious and should go to see the doctor.”* (S35, 31 Jahre, 3 Schwangerschaften, Entbindung)

*„I don't have any big recommendations I would just like to say to all Khmer women that they should go for ANC when they are pregnant and that they should take care of themselves. The women who think they don't want to go for ANC, they should think again. It is important to know everything about pregnancy and also about the time of delivery, so that every woman can stay healthy.”* (S34, 35 Jahre, 3 Schwangerschaften, Entbindung)

In Bezug auf Männer fordern einige der Befragten eine verstärkte Beteiligung der Ehemänner bei der Hausarbeit, im Falle einer Schwangerschaft ihrer Ehefrauen.

*„And I want to say to the husbands: Support your wives when they are pregnant. They could do all kinds of housework, which the pregnant women should not do, like carrying heavy stuff, washing or things like that. It would be good, if they would do that, because then the pregnant women are safe.”* (S5, 33 Jahre, 1. Schwangerschaft, 2. Monat)

## **5.5 Zusammenfassung und Diskussion**

Nach Überwindung einer gewissen Scheu, äußerten die befragten Frauen ihre Empfehlungen zur Verbesserung der (gesundheitlichen) Situation schwangerer Frauen in Kambodscha mit einem, in den Interviews nur selten spürbaren, Selbstbewusstsein. Ein Großteil der Verbesserungsvorschläge bezieht sich dabei auf die staatliche Schwangerenvorsorge: Die Befragten wünschen sich mehr Informationen, insbesondere von medizinischem Personal und Frauen, die bereits Erfahrungen mit der staatlichen Vorsorge haben; sie fordern einen qualitativ und quantitativ verbesserten Ausbau bestehender Versorgungsstrukturen, die verstärkt an die Bedürfnisse von Frauen angepasst sind und sie fordern ihre Mitbürgerinnen auf, mehr Selbstbewusstsein im Umgang mit den staatlichen Institutionen und ihre Mitbürger mehr Engagement in der Unterstützung ihrer schwangeren Ehefrauen zu zeigen.

Der geäußerte hohe Informationsbedarf der Interviewten muss entsprechend ihrer Vorschläge auf zwei Ebenen gedeckt werden: Zum einen soll schulmedizinisches Personal für mehr inhaltliche Aufklärung und Information bezüglich Schwangerschaft im Allgemeinen, Risiken sowie gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen sorgen. Hierbei fordern die Frauen eindringlich, mit ihren Fragen und Ängsten ernst genommen zu werden. Zum anderen sollen, im Rahmen einer *peer-to-peer*-Aufklärung, Fragen der Schwangeren im Hinblick auf die Situation während der Schwangerenvorsorge geklärt werden, was zum Abbau von Berührungängsten dienen und damit zur verstärkten Inanspruchnahme der staatlichen Dienste führen könnte. Auch die von den Frauen, in verschiedenen Teilbereichen angesprochene, zu verbessernde Qualität der Schwangerenvorsorge, spielt eine wichtige Rolle für ihre Inanspruch-

nahme und ist auch bei der Betrachtung anderer Gesundheitsdienste zu berücksichtigen. So konnte in mehreren Studien in verschiedenen Ländern heraus gefunden werden, dass die, durch potentielle Klientinnen bzw. Patientinnen wahrgenommene, Versorgungsqualität das Ob und Wann der Inanspruchnahme medizinischer Hilfe, z.B. bei Geburtsproblemen, maßgeblich beeinflusst.

„In Bolivia, women say they consider respectful treatment to be crucial and that condescending provider attitudes are the greatest deterrent to the use of maternal health services” (UNFPA (2004)).

Dass die Versorgungsqualität eine wichtige Rolle für die interviewten Frauen bei ihrer Entscheidung für eine Inanspruchnahme spielt, deckt sich mit der in der vierten Ebene des *Pathway of survival* angesprochenen Qualität der (medizinischen) Versorgung als Voraussetzung und möglichen Hinderungsgrund für eine Inanspruchnahme:

„The technical as well as non-technical dimensions of the quality of care offered are important to decision-making regarding use of skilled care. Community perceptions of the quality of care in most countries reveal that both the perceived efficacy and the client/cultural orientation of services are important in stimulating the use of skilled care” (KOBLINSKY et al. (2000): 28).

Der Wunsch nach größerer Nähe der versorgenden Einrichtungen zu den Frauen, wobei hier geographische, ökonomische und kulturelle Aspekte eine Rolle spielen, ist ebenfalls in diesem Zusammenhang zu sehen. Eine ähnliche Empfehlung macht hier das kambodschanische Frauenministerium im Hinblick auf die Erleichterung der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge durch die betroffenen Frauen:

„Increase the number of health professionals working closer to villagers“ (MINISTRY OF WOMEN’S AFFAIRS (2005): 3).

Das Konzept der Hausbesuche im Rahmen der Schwangerenvorsorge – wie es von den Interviewten mehrfach vorgeschlagen wird – empfiehlt auch INDOCHINA RESEARCH für Kambodscha<sup>530</sup>.

Der von den Befragten eingeforderte größere Respekt für indigene Vorstellungen und gesundheitsförderliche bzw. präventive Maßnahmen durch schulmedizinisches Personal, kann ebenfalls in diesem Zusammenhang gesehen werden. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen TARR und HORNG in ihrer Studie:

„FDG participants are not suggesting that ‚scientific‘ or ‚technical‘ models [should] be jettisoned, or that they are superior to more traditional approaches, but rather that synergies could and should be achieved between approaches” (TARR, HORNG (2006): 33).

---

<sup>530</sup> Vgl. INDOCHINA RESERACH (2005): 35.



Der Appell an die eigenen Mitbürgerinnen und Mitbürger durch die Interviewpartnerinnen verdeutlicht deren Selbstbewusstsein und ihre Überzeugung, dass eine Verbesserung der (gesundheitlichen) Situation Schwangerer in Kambodscha nicht nur mittels der Verbesserung der strukturellen Gegebenheiten, sondern nur unter Mithilfe aller Betroffenen, inklusive deren Ehemänner, zu verwirklichen ist.

Viele der, im Zusammenhang mit der letzten Interviewfrage vorgebrachten, Verbesserungsvorschläge fassen die zuvor in den Interviews getätigten Aussagen bezüglich Schwangerschaftsrisiken, der gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen sowie der Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge, noch einmal zusammen und erweitern diese um die, nach Ansicht der Befragten, relevanten Punkte zur Verbesserung der allgemeinen Gesundheitsversorgung schwangerer Frauen in Kambodscha. Vor diesem Hintergrund sollen im nun folgenden Schlusskapitel einige Empfehlungen hinsichtlich der wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Umsetzung und Erweiterung der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit dargestellt und diskutiert werden.

## **VIII. Schlussbemerkungen: Perspektiven für Forschung und Praxis**

Ziel der vorliegenden Studie war es, Risikovorstellungen und gesundheitsförderliches bzw. präventives Handeln in der Schwangerschaft bei einem Sample von Frauen in der Hauptstadt Kambodschas, Phnom Penh, zu untersuchen. Die diesen Vorstellungen und Handlungsweisen zugrundeliegenden Themen sollten identifiziert, beschrieben und analysiert werden. Dabei war es von besonderer Bedeutung, Aufmerksamkeit auf Ansichten, Glaubensvorstellungen und Bedürfnisse schwangerer Frauen in Kambodscha zu lenken, um sie letztlich für die Konzipierung, Durchführung und Evaluation entsprechender Gesundheitsprojekte zugänglich zu machen und damit langfristig zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Frauen beizutragen. Das Verständnis für die Ähnlichkeiten und Differenzen in den Ansichten der interviewten Frauen wird es dabei ermöglichen, auf den individuellen Bedürfnissen der Nutzerinnen basierte, gesundheitspolitische Entscheidungen im Bereich Müttergesundheit und darüber hinaus, zu treffen.

Zunächst wurden hierzu die subjektiven Vorstellungen einer normal verlaufenden, d.h. gesunden Schwangerschaft untersucht.

Eine Vielzahl an subjektiven Vorstellungen konnte identifiziert und ihre Inhalte mittels emischer Taxonomien beschrieben werden (vgl. Kapitel VII.1). Es konnte gezeigt werden, dass diese Vorstellungen der Definition einer normal verlaufenden Schwangerschaft und somit der Ordnung und Gliederung der schwangerschaftsassozierten Lebenswelt der Interviewpartnerinnen dienen. Insbesondere ist den Befragten mit Hilfe ihrer subjektiven Vorstellungen die Abgrenzung eines gesunden von einem pathologischen Schwangerschaftsverlauf möglich. Weiterhin haben sie handlungsleitende Funktionen, welche vor allem die Entscheidungen bezüglich therapeutischer Optionen umfassen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Schwangerschaft insgesamt als ein natürlicher, physiologischer Prozess aufgefasst wird, der zwar bestimmten Restriktionen unterliegt und geschützt werden muss, jedoch nicht prinzipiell medizinischer Hilfe bedarf.

Dabei kommt es z.T. zur Unterschätzung potentiell gefährlicher Symptome, die im Rahmen einer Schwangerschaft auftreten können und die, aus biomedizinischer Sicht, Anzeichen einer pathologischen Entwicklung sein können. Hier trifft zu, was MATHOLE für Zimbabwe formuliert hat:

„The biomedical knowledge is often not what women define as important knowledge, they may define risk in ways that are different from the professional caring for them” (MATHOLE et al. (2004): 124).

Hier erscheint es notwendig, die spezifischen Wissensbestände von Frauen in Kambodscha interdisziplinär hinsichtlich der Merkmale, Bedingungen und Konsequenzen eines normalen Schwangerschaftsverlaufes detaillierter zu rekonstruieren und zu analysieren, wozu insbesondere auch Vorstellungen von Anatomie und Physiologie in der Schwangerschaft zählen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie könnten so erweitert und insbesondere Themen, die hier nicht, nur am Rande oder nicht detailliert genug, angesprochen werden konnten, zu vertiefen; dies könnte wiederum in einer verstärkt auf die Einwohnerinnen Kambodschas zugeschnittenen gesundheitlichen Aufklärung münden.

Ähnliches gilt für schwangerschaftsassozierte Risikovorstellungen, die Inhalt des nachfolgenden Kapitels waren.

Eine Vielzahl an komplexen Risikovorstellungen konnte identifiziert und analysiert werden.

Die Definitionen und Konstruktionen von Risiken in der Schwangerschaft sowie existierende, vor allem therapeutische, Handlungskonzepte und –strategien zu ihrer Vermeidung, legen den Schluss nahe, dass die befragten Frauen die Themen Risiko und Sicherheit in der Schwangerschaft sehr ernst nehmen. Im Hinblick auf die Konstruktion eines explanatory models bezüglich Risikokonzepte und –vorstellungen lässt sich nach Auswertung der Daten bestätigen, was zu Beginn bereits postuliert wurde: Es lässt sich kein einheitliches Modell aus den Interviewaussagen gewinnen, wohl aber eine explanatory map<sup>531</sup>, die sich durch eine größere Flexibilität und Komplexität auszeichnet. Dieses Konzept berücksichtigt, dass Individuen – hier die interviewten Frauen – in Bezug auf ein und dasselbe Thema unterschiedliche Standpunkte, Vorstellungen und Konzepte haben, so dass eine explanatory map eher als

„map of possibilities, which provide a framework for the ongoing process of making sense and seeking meaning“ (WILLIAMS; HEALY (2001): 473)

zu sehen ist und nicht als kohärentes, eindeutiges Erklärungsmodell<sup>532</sup>.

Die vorliegende Studie macht deutlich, dass die befragten Individuen in Bezug auf die hier interessierenden Themengebiete eine Vielzahl von Erklärungsmustern gleichzeitig nutzen, um Konzepte und Vorstellungen zu konstruieren. Dieser Prozess zeichnet sich somit durch kontinuierliche Bewegung und Unsicherheit aus, was jedoch nicht unbedingt problematisch für das Individuum sein muss.

Auch wenn kein einheitliches explanatory model aus den vorliegenden Daten konstruiert werden kann, so sind dennoch Gemeinsamkeiten identifizierbar: Viele der genannten Risiken sind

---

<sup>531</sup> Vgl. WILLIAMS, HEALY (2001): 473f.

<sup>532</sup> Vgl. hierzu auch ATKINSON, FARIAS (1995): 1585.

nach Ansicht der Befragten vermeidbar, häufig existieren direkt therapeutische bzw. präventive Handlungsstrategien, die oft synkretistische Züge – im Sinne einer Kombination biomedizinischer und indigener Konzepte – aufweisen. Zentral ist dabei die Tatsache, dass die betroffenen Frauen die Manifestation eines Schwangerschaftsrisikos zumeist selbst zu verantworten haben. Auffällig ist weiterhin der holistische Ansatz, welcher der Beschreibung der Risikovorstellungen zugrundeliegt: Viele Risiken lassen die kulturellen, sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen, in denen die Interviewpartnerinnen leben, erkennen und gehen damit weit über ein rein medizinisches Verständnis hinaus. BAER et al. beschreiben diesen Umstand, wie er auch für die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit gültig ist, folgendermaßen:

“(the) sufferer’s experience is constructed and reconstructed in the action arena between socially constituted categories of meaning and the political-economic forces that shape the context of daily life. Recognizing the powerful influence of such forces, however, does not imply that individuals are passive or impersonal objects but rather they respond to the material conditions they face in the light of the possibilities created by the existing configuration of social relations” (BAER et al. (2003): 44).

Zentral ist dabei der Aspekt der „Vorstellbarkeit“: Die Risiken, die von den Frauen entweder selbst oder von einer nahen Angehörigen erlebt wurden und damit Teil ihres Erfahrungs- und Vorstellungshorizontes sind, können besonders präzise beschrieben werden. Darüber hinaus existieren eine ausgeprägte Unsicherheit und mangelndes Wissen hinsichtlich schwangerschaftsassoziierter Risiken. Das Prinzip der sozialen Verortung von Gesundheit und Krankheit<sup>533</sup> sowie der damit verbundenen Risikovorstellungen und Handlungsweisen, wie dies in der vorliegenden Arbeit umgesetzt wurde, kann dabei auf einer inhaltlich-theoretischen Ebene die Tendenz in der Humanmedizin, Krankheit als natürliche Kategorie zu begreifen, die durch wissenschaftliches Bemühen objektiv und endgültig verstanden werden kann, ergänzen. Nur in der Verbindung beider Sichtweisen ist es möglich, die Problemkomplexe im Sinne der Interviewpartnerinnen adäquat zu erfassen.

Im Hinblick auf den Pathway of Survival läßt sich festhalten, dass die befragten Frauen den ersten Schritt, nämlich das Erkennen von Risiken, häufig bereits sicher meistern. Aber auch in Bezug auf den zweiten Schritt – die Entscheidung, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen – ist bezüglich der gewonnenen Erkenntnisse zu konstatieren, dass hinsichtlich der Gefahren und Risiken für die Schwangere und ihr ungeborenes Kind, insbesondere im Hinblick auf deren Schweregrad, ein adäquates, d.h. gesundheitsdienliches Verhalten von den Befragten beschrieben wird. Hilfreich scheint für sie in diesem Zusammenhang eine Vielzahl (sozia-

---

<sup>533</sup> Ausführlich hierzu vgl. SINGER (2004): 9ff. und BAER et al. (1996): 3ff.

ler) Informationsquellen zu sein (vgl. auch unten). Alle Frauen sprechen mindestens eine Informationsquelle an, ohne explizit danach gefragt worden zu sein. Diese Quellen sollten in weiteren Forschungsarbeiten näher untersucht werden, um ein Verständnis über die Herkunft des Wissens Schwangerer, bezüglich der in dieser Studie untersuchten Phänomene, zu erlangen.

Im nächsten Abschnitt der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass die beschriebenen subjektiven Vorstellungen von Schwangerschaftsrisiken eine handlungsleitende Komponente für gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen darstellen. Wirkungszusammenhänge zwischen eigenem (präventivem) Handeln und Gesundheit in der Schwangerschaft werden explizit perzipiert: Die Schwangere hat mittels ihres eigenen Handelns einen großen Einfluss auf den Verlauf von Schwangerschaft und Geburt. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass Risikokonzepte und präventives Verhalten den Versuch von Frauen im urbanen Raum Phnom Penhs widerspiegeln, Reproduktion unter Bedingungen zu beeinflussen, in denen sie auf verschiedenen Ebenen Vulnerabilitäten ausgesetzt sind. Die Strategien der Frauen dienen dem der Schaffung, dem Erhalt und der Wiederherstellung von Selbstbewusstsein und Handlungsfähigkeit. Ein Mangel an Erfahrungen und Wissen wird durch Beratung von Seiten wichtiger sozialer Bezugspersonen ausgeglichen, die ihr eigenes Wissen und ihre Erfahrungen an die (meist) jüngeren Frauen weiter geben. Auch bei der Untersuchung der gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen wurde also die Bedeutung sozialer Informationsquellen für die Perspektiven und Handlungsoptionen der Befragten deutlich.

In Bezug auf diese Informationsquellen spielen insbesondere Egos Mutter sowie die sogenannten „older people“<sup>534</sup> (in Khmer: chah chah) eine zentrale Rolle. Diese Personen scheinen eine besondere Sicherheit zu vermitteln, da sie als Vertrauenspersonen gelten, über eigene Erfahrungen im Bereich Schwangerschaft verfügen und insofern hilfreiche Ratschläge geben können. Ebenso werden eigene Erfahrungen in vorangegangenen Schwangerschaften, im Sinne einer Vertrautheit mit der Situation und der subjektiven Vorhersagbarkeit des weiteren Schwangerschaftsverlaufes sowie der Wille, Verantwortung für die Schwangerschaft und das sich entwickelnde Kind zu übernehmen, als Sicherheit stiftende Elemente von den befragten Frauen wahrgenommen. Diese Aspekte von Verantwortlichkeit, Vertrauen und Wissen, lassen sich auch in anderen Studien finden. So beschreiben LUYBEN und FLEMING die Bedeutung

---

<sup>534</sup> Dabei handelt es sich häufig um ältere weibliche Angehörige – meist Schwiegermütter, Tanten oder Großmütter – die über einen großen Erfahrungsschatz auf dem Gebiet der Schwangerschaft verfügen – sei es aus persönlicher Erfahrung oder, in einigen Fällen, aufgrund ihrer Tätigkeit als indigene Geburtshelferinnen. Weitere „older people“ sind Nachbarinnen oder generell ältere, vertrauenswürdige und vor allem erfahrene Frauen, welche die jüngeren (schwangeren) Frauen im Hinblick auf das Thema Schwangerschaft beraten.

dieser drei Konzepte in einer Studie in drei europäischen Ländern<sup>535</sup>. Demnach fühlen die befragten Frauen sich für ihr eigenes Wohlergehen und das ihrer Kinder verantwortlich, was einer der Hauptgründe für die Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge ist. Diese Verantwortlichkeit schließt dabei ein Gefühl von Vertrauen und Autonomie in Bezug auf die eigenen Fähigkeiten, Wahrnehmungen und Handlungsmöglichkeiten als werdende Mutter ein. Es kann im Rahmen der Schwangerenvorsorge gestärkt werden, wenn die dort Wissen vermittelnde Person (hier: Hebammen und anderes schulmedizinisches Personal) den betroffenen Frauen vertrauenswürdig erscheint. MELENDER und LAURI betonen in ähnlicher Weise die Bedeutung der Konzepte Sicherheit und Vertrauen im Rahmen einer Schwangerschaft<sup>536</sup>. Die diese Werte schaffenden Elemente waren dabei für die befragten Frauen in erster Linie die Schwangerenvorsorge sowie soziale Netzwerke.

Die Vielzahl an gesundheitsförderlichen und präventiven Verhaltensregeln, die von den befragten Frauen genannt werden, legen insgesamt den Schluss nahe, dass ein störungsfreier Schwangerschaftsverlauf nicht selbstverständlich ist und mittels dieser Handlungsnormen ein problemloser Verlauf und Ausgang sichergestellt werden kann. Dabei sollen zum einen Risiken vermieden, zum anderen jedoch auch das Wohlbefinden der werdenden Mutter und damit ihres Kindes gesteigert werden. Somit sind die Verhaltensnormen hinsichtlich ihrer Zielsetzung sowohl als gesundheitsförderlich wie auch als präventiv aufzufassen.

Weiterhin wurde deutlich, dass gesundheitsförderliches Verhalten in der Schwangerschaft aus unterschiedlichen Perspektiven untersucht und analysiert werden muss. In jedem Fall sind – wie hier – die Sichtweisen der betroffenen Frauen zu berücksichtigen. Die Analyse der Primärdaten konnte zeigen, dass subjektive Risikovorstellungen und –konzeptionen diesem Verhalten zugrunde liegen und es stark beeinflussen. Diese Beziehung sollte in weiteren Studien detaillierter analysiert werden, als es im Rahmen dieser explorativen Studie möglich war, um das Gesundheits- und Krankheitsverhalten kambodschanischer Frauen adäquat verstehen und entsprechende staatliche und nicht-staatliche Angebote der Gesundheitsversorgung, inklusive Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, an die Bedürfnisse der Zielgruppe anpassen zu können. Die Analyse legt weiterhin einen Fokus auf die verstärkte Zusammenarbeit zwischen der Bevölkerung und staatlichen und nicht-staatlichen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung nahe, die insbesondere Wert auf die Förderung individueller Rechte der Frauen auf Gesundheit und ihre awareness in Bezug auf dieses Recht legen sollte.

---

<sup>535</sup> Zum Folgenden vgl. LUYBEN, FLEMING (2005): 215ff.

<sup>536</sup> Zum Folgenden vgl. MELENDER und LAURI (2001): 233ff.

Die analysierten Handlungskonzepte in Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention in der Schwangerschaft, umfassen auch das Element der Interaktion der befragten Frauen mit Einrichtungen der staatlichen Schwangerenvorsorge. Hier ist ein erstaunliches Maß an Vertrauen in die Einrichtungen der Schulmedizin und ein insgesamt sehr positives Bild der, vor allem von den jungen Frauen als „modern“ wahrgenommenen, staatlichen Schwangerenvorsorge zu konstatieren, trotz des schlechten Rufs, welcher das staatliche Gesundheitssystem in der Bevölkerung häufig hat. Dieses nahezu grenzenlose Vertrauen in die Schulmedizin wird auch in einer Studie von RACHA<sup>537</sup> bestätigt:

„They [die Interviewpartnerinnen im Rahmen der Studie (Anm. d. A)] ‚believed in the medical staff‘. This does not merely imply that they trusted the health center staff, rather, they were telling us that they believed in the efficaciousness of the medical or ‚scientific‘ practices and treatments they received at the health center“ (RACHA (1999): 16).

Die Schwangerenvorsorge dient den Befragten auf verschiedenen Ebenen als Möglichkeit, soziale Normen zu erfüllen und sich auf die Geburt vorzubereiten. In diesem Sinne kann sie als Ergänzung zu den vorher beschriebenen, gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen gesehen werden. Sie hat jedoch - unter Berücksichtigung von Machtstrukturen und dominanten gesellschaftlichen Diskursen - auch eine spezifische Stellung inne, wie BAER et al. treffend beschreiben:

„Ultimately, (...) biomedicine enjoys a dominant status over heterodox and ethnomedical systems. This dominant status is legitimized by laws that give biomedicine a monopoly over certain medical practices (...)“ (BAER et al. (2003): 41).

Trotz - oder auch gerade - aufgrund seiner Dominanz im staatlichen kambodschanischen Gesundheitswesen, scheint das schulmedizinische System, wie es in der Schwangerenvorsorge zum Ausdruck kommt, für viele Kambodschanerinnen verwirrend und überwältigend zu sein. Ein Mangel an Informationen sowie die Kombination aus finanzieller und zeitlicher Belastung, kulturellen Barrieren, überfüllten Wartebereichen, mysteriösen Prozeduren und das zeitweilig wenig einfühlbare Verhalten der Angestellten, lassen den Besuch in einer Einrichtung des öffentlichen Gesundheitssystems häufig zu einer unangenehmen Erfahrung werden. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen wie z.B. Blut abnehmen oder abdominelle und vaginale Untersuchungen lassen viele Kambodschanerinnen nervös werden und könnten zu non-compliance z.B. bei der Einnahme von Medikamenten oder dem Einhalten von Verhal-

---

<sup>537</sup> Dabei handelt es sich um eine national im Bereich der Gesundheit von Müttern und Kindern operierenden Nichtregierungsorganisation, die sich in erster Linie aus US-amerikanischen Mitteln der Entwicklungszusammenarbeit finanziert.

tensvorschriften bzw. dazu führen, dass Schwangerenvorsorge erst gar nicht in Anspruch genommen wird.

Die Inanspruchnahme von Schwangerenvorsorge ist also von verschiedenen Faktoren abhängig, welche die Qualität der Leistungen, ihre Zugänglichkeit und Verfügbarkeit ebenso umfassen wie die Glaubensvorstellungen, Praktiken und Erfahrungen der betroffenen Frauen.

Dabei kann jedoch mit INDOCHINA RESEARCH festgehalten werden:

„It appears that it is not the women's attitudes and beliefs that are the main barrier, but the system they encounter when they seek help“ (INDOCHINA RESEARCH (2005): 7).

Die Berücksichtigung der Wahrnehmungen, Vorstellungen und Erfahrungen der Frauen bezüglich Schwangerschaft und Schwangerschaftsrisiken sollten deshalb zentral für die Planung, Konzeption und Durchführung jeder gesundheitspolitischen und gesundheitspraktischen Maßnahme in diesem Bereich, insbesondere auch für die Schwangerenvorsorge, sein. Unabhängig davon, ob die von den Befragten geäußerten Aspekte legitim erscheinen, haben die betroffenen Frauen in jedem Fall ein Recht darauf, über ihre Schwangerschaft zu bestimmen. Sicherlich ist vor allem die Schwangerenvorsorge eine höchst relevante Maßnahme zur Vermeidung von Risiken in allen Teilen der Welt. Dennoch sollten die Frauen zumindest informierte Entscheidungen treffen können, was ohne ausreichende, detaillierte Informationen nicht möglich ist.

Forschungsbedarf besteht in diesem Bereich zum einen hinsichtlich der Leistungsfähigkeit der Schwangerenvorsorge in Kambodscha. Zu untersuchen wären dabei geographische, saisonale und kulturelle Zugänglichkeit sowie Prozess- Struktur- und Ergebnisqualität. Alle diese Aspekte konnten im Rahmen der vorliegenden Studie lediglich gestreift werden. Weiterführende Informationen sind zudem nötig, um die Nachfrage-Seite, also die Wünsche und Bedürfnisse der betroffenen Frauen, zu stärken und besser zu verstehen. Nur so kann gewährleistet werden, dass die Angebote der staatlichen Schwangerenvorsorge die Frauen dauerhaft erreichen und in Kambodscha eine Gesundheitsversorgung etabliert wird, die sich an den Bedürfnissen der betroffenen Frauen orientiert und ihre gelebten Erfahrungen berücksichtigt. Hierzu können die Ergebnisse der vorliegenden Studie als erster Ansatzpunkt dienen.

Weiterhin können die von den Interviewpartnerinnen geäußerten Empfehlungen für die Verbesserung der gesundheitlichen Situation schwangerer Frauen in Kambodscha genutzt werden. Jedoch ist hierbei auch ein Aspekt zu berücksichtigen, den PAULI mit Rückgriff auf Bornemann in ihrem Aufsatz über Schwangerschaft in Mexiko ausführt:



„Individuen (treffen) Entscheidungen (...) und (äußern) Präferenzen (...), aber immer auf der Grundlage der von ihnen nur begrenzt wählbaren Rahmenbedingungen“ (PAULI (2007): 89).

Insgesamt realisieren die Interviewpartnerinnen jedoch, dass ihr mögliches empowerment auch aus ihrer eigenen Aktivität resultieren kann und sie nicht auf eine eher reaktiv-passive Haltung beschränkt sind. Ihre Vorschläge zur Verbesserung der Situation Schwangerer können als Ausdruck dieses Bewusstseins gewertet werden. Um sie umzusetzen bedarf es Interventionen auf mehreren Ebenen: Zum einen ist die Bereitstellung qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung für Schwangere und grundsätzlich für alle Kambodschanerinnen und Kambodschaner, unabhängig von Alter, Einkommen, Herkunft oder Geschlecht nötig. Zum anderen ist die Verbesserung ökonomischer und sozialer Verhältnisse Voraussetzung dafür, dass diese Einrichtungen genutzt werden (können). Weiterhin sind auf der Seite der schwangeren Frauen in Kambodscha umfassende Kampagnen notwendig, um zum einen über Risiken in der Schwangerschaft, ihre Symptome und Ätiologien und zum anderen über die Bedeutung der Schwangerenvorsorge, aber auch über praktizierte laienmedizinische Verhaltensweisen für das gesundheitliche und soziale Wohlergehen der Schwangeren zu informieren und aufzuklären.

Von übergeordneter Bedeutung für alle, in dieser Studie untersuchten, Themenkomplexe, ist die weiterführende Untersuchung der Bedeutung sozialer Netzwerke bei der Entscheidungsfindung in Bezug auf gesundheitsförderliche, präventive und therapeutische Maßnahmen zur Vermeidung und Beseitigung schwangerschaftsassoziierter Risiken. Diese sind bislang kaum erforscht, obwohl sich zunehmend die Erkenntnis durchsetzt, dass soziale Netzwerke<sup>538</sup> zentral für gesundheitsrelevantes Wissen und Entscheidungen sind<sup>539</sup>. Die nähere Betrachtung dieser Netzwerke und anderer Wissensquellen kann Aufschluss über Einflussfaktoren und den weiteren Hintergrund subjektiver Vorstellungen in diesem Bereich liefern. Aus den hier durchgeführten Interviews wird deutlich, dass die sozialen Netzwerke der Frauen für sie von großer Bedeutung sind, was u.a. durch die Tatsache verdeutlicht wird, dass alle diese ansprechen, ohne explizit danach gefragt worden zu sein. Die interviewten Frauen nennen Quellen ihres Wissens über Risiken und Präventivmaßnahmen, die zu sechs Gruppen zusammengefasst werden können: Die Mütter der Befragten, die bereits erwähnten „older people“, Erfahrungen der Befragten oder die nahestehender Personen sowie Gerüchte, medizinisches Personal, die Ehemänner der Befragten und verschiedene Medien.

---

<sup>538</sup> Soziale Netzwerke sollen hier definiert werden als formelle und informelle Kontakte zu Individuen oder Gruppen von Individuen, die Unterstützung, Informationen, Ermutigung, Trost etc. bieten.

<sup>539</sup> Vgl. hierzu z.B. PAULI, BRANDNER (2007); WINSTON, OTHS (2000).

Immer geht es – sowohl bei der Nennung der eigenen Mutter, als auch von „older people“, aber auch im Hinblick auf schulmedizinisches Personal - um das Vertrauen, das die Befragten diesem Personenkreis schenken und die Autorität sowie den Respekt, die diese aufgrund ihrer Lebenserfahrung oder beruflichen Bildung, genießen. Eine Interviewpartnerin umschreibt dies folgendermaßen:

„Persons who have experiences with pregnancy and sometimes also persons who have experiences with ANC. These persons I trust, because they know what they are talking about. They can give advice to pregnant women. My mother, my older sister, my aunt, all the persons I trust.” (S2, 25 Jahre, 2. Schwangerschaft, 7. Monat)

Die Bedeutung der „older people“, insbesondere im Zusammenhang mit präventiven Verhaltensweisen während einer Schwangerschaft, wird auch von WHITE bestätigt:

„Women (...) reported these practices with the consistent introduction ‚the old women say‘, before sharing what they had learned from their mothers, grandmothers and neighbors about safeguarding themselves and their babies during pregnancy” (WHITE (1996): 70).

Eine erste explorative Untersuchung<sup>540</sup> macht deutlich, dass schwangerschaftsassozierte Risikodefinitionen, ätiologische Vorstellungen und therapeutische Entscheidungsprozesse im Rahmen mehrdimensionaler, sozialer Prozesse ausgehandelt werden. Diese beruhen in weiten Teilen auf dem Konzept des Vertrauens, wobei verwandtschaftliche Beziehungen zu älteren weiblichen Angehörigen eine besondere Rolle spielen. Die Studie von INDOCHINA RESEARCH kommt im Bezug auf die Inanspruchnahme von Geburtshelferinnen zu ähnlichen Ergebnissen:

„Trusted advisors play a key role in women’s choice of birth attendant(s). While husbands play an important part in decisions about birth spacing and use of contraceptions, birth is women’s business, and women appear to rely on the advice of female friends and family, in particular older women who have themselves experienced childbirth, as well as TBAs or THPs where there is an existing relationship of trust and respect” (INDOCHINA RESEARCH (2005): 7).

Die sozialen Konstellationen tragen jedoch nicht nur zur Wissensvermittlung bei, sondern sind auch Quellen sozialer Unterstützung und geben damit Sicherheit, die vor allem Frauen in ihrer ersten Schwangerschaft zu benötigen scheinen. Weiterhin können sie als Motivationsfaktoren beim Aufsuchen der staatlichen Schwangerenvorsorge wirken. Dies erscheint unter Berücksichtigung der allgemeinen sozialen Situation in Kambodscha nur folgerichtig: In einem Land mit äußerst niedrigem formalen Bildungsniveau (insbesondere unter Frauen), sowie

---

<sup>540</sup> Vgl. hierzu BRANDNER (2008).

stark eingeschränkten Bildungs- und Informationsmöglichkeiten, vertrauen die Frauen auf das, was ihnen die genannten Informationsquellen mitteilen, ohne dies zu hinterfragen bzw. hinterfragen zu können. Auch RACHA konstatiert:

„The power of the group greatly influences the actions and beliefs of an individual in responding to illness and meeting other health care needs. (...) What family members (particularly older women), friends, and neighbors say is accepted by individuals as a collective ‘group wisdom’ about health issues, seemingly without or with very little questioning. (...) This ‘group wisdom’ provides answers and directs behaviors – rightly or wrongly – by providing the individual with a set of ready-made beliefs, views, etc. about illness health care, and appropriate treatment” (RACHA (1999): 16).

Somit lässt sich an dieser Stelle bestätigen, was KOBLINSKY et al. (2000) für die zweite Ebene des Pathway of Survival – die Ebene der Entscheidungsfindung im Hinblick auf die Inanspruchnahme (medizinischer) Hilfe für ein bestimmtes gesundheitliches Problem – formuliert haben:

„Influential family members who take part in decision-making for preventive and emergency situations and influence the use of skilled care, may include: husband or partner, mother-in-law, mother, other important family and community members (...) and primary level providers” (KOBLINSKY et al. (2000): 27).

Es erscheint angesichts dieser, hier nur ausschnitthaft dargestellten, Ergebnisse sinnvoll, ältere weibliche Angehörige von Schwangeren in die oben geforderten Aufklärungs- und Informationskampagnen einzubeziehen. Ähnlich verhält es sich mit der Einbindung von (Ehe-)Männern in den Bereich der Verbesserung der reproduktiven Gesundheit von Frauen. Zunehmend setzt sich international die Erkenntnis durch, dass die Einbeziehung von Männern in diesen Bereich sowohl den Männern, wie auch den beteiligten Frauen Vorteile verschafft<sup>541</sup>. Zu Möglichkeiten und Herausforderungen der Einbeziehung von Männern in den Bereich der reproduktiven Gesundheit in Kambodscha, hat WALSTON im Jahr 2005 eine erste Studie durchgeführt. Demnach existieren auf diesem Gebiet bislang nur sehr wenige Ansätze: Die bestehenden Einrichtungen, die Erkrankungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit versorgen, sind in erster Linie frauenzentriert und auf männliche Klienten nicht eingestellt. Viele Männer sind deshalb zurückhaltend bis misstrauisch, was die Inanspruchnahme angeht. Auf einer sozio-kulturellen Ebene ist weiterhin von Bedeutung, dass Frauen, aufgrund ihrer allgemeinen gesellschaftlichen Position, kaum mit ihren Ehemännern über Aspekte reproduktiver Gesundheit offen sprechen (können), zumal die weit verbreitete Ansicht unter Männern (und

---

<sup>541</sup> Vgl. SALEM (2004).

Frauen) herrscht, diese seien Frauensache. Hier sind weitere Studien bezüglich potentieller, bislang noch nicht genutzter Möglichkeiten nötig.

Die vorliegende Studie erhebt nicht den Anspruch, verallgemeinerbare Aussagen über Risikovorstellungen und gesundheitsförderliches bzw. präventives Verhalten aller Kambodschanerinnen zu treffen. Die Studienpopulation erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität und die Studie ist nicht als Prävalenzstudie angelegt. Ebenso wurden keine statistischen Zusammenhänge, im Sinne einer quantitativen empirischen Studie, untersucht. Dennoch kann abschließend festgehalten werden, dass die Kongruenz der erhobenen und ausgewerteten Daten mit Ergebnissen aus der Literatur über Kambodscha und andere Staaten darauf hinweist, dass die Analysen der vorliegenden Studie als eine Annäherung an die Realität bestimmter Frauen in Kambodscha gewertet werden können. Die Studie ist als erste Pilotstudie zu verstehen, der weitere – auch quantitative sowie Stadt-Land-Vergleiche – folgen müssen. Eine Erweiterung der Ergebnisse dieser Arbeit könnte beispielsweise eine medizinethnologische Studie sein, in deren Rahmen die Studienteilnehmerinnen mehrfach befragt werden können und es möglich ist, das Ausmaß der Umsetzung gesundheitsförderlicher und präventiver Maßnahmen einzuschätzen.

Die vorliegenden Ergebnisse können jedoch bereits jetzt dazu genutzt werden, Wissenslücken zu füllen, die ein besseres Verständnis des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens kambodschanischer Frauen ermöglichen und die insbesondere aus einer ethnologischen sowie einer Public-Health-Perspektive von Interesse sind. Fragen wie sie in der vorliegenden Studie gestellt wurden, wie z.B. welchen Stellenwert haben Risikovorstellungen für Schwangere in Kambodscha?, welche gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen resultieren möglicherweise aus diesen Konzepten und wie sind sie im Sinne einer Verbesserung der schulmedizinischen Präventionsangebote für Schwangere zu werten?, können zum Ausgangspunkt für die Überprüfung, Veränderung und Neukonzeption von Programmen und Projekten im Rahmen der gesundheitlichen Betreuung von Schwangeren werden. Weiterhin ist die Frage, ob und wie weit die Konzepte und Vorstellungen der Frauen von denen schulmedizinisch vorgebildeter Personen abweichen, ob sich also Unterschiede in den explanatory models bzw. maps der beiden Gruppen ergeben, für den Erfolg der Ärztin-Patientin-Kommunikation und im Endergebnis für die compliance von großer Bedeutung.

In der konkreten Praxis wird es hauptsächlich darum gehen, medizinisches Personal auszubilden, Programme zu planen und das staatliche Gesundheitssystem zu stärken, so dass die Ge-

sundheitsversorgung kambodschanischer Schwangerer (und aller anderen Bevölkerungsgruppen) gleichzeitig biomedizinisch sicher und kulturell kompetent erfolgen kann. Hierzu ist es jedoch dringend notwendig, den Blick auf die deutlich gewordenen Potentiale von (schwangeren) Frauen in Kambodscha im Hinblick auf Erhalt, Wiederherstellung und Stärkung ihrer eigenen Gesundheit zu lenken, diese Potentiale besser zu verstehen und sie zu nutzen. Dabei ist es von zentraler Bedeutung, nicht nur auf technische und organisatorische Aspekte im Rahmen gesundheitspolitischer Überlegungen zu fokussieren sondern auch die soziokulturelle und sozio-ökonomische Dimension von Gesundheit, Krankheit und Gesundheitsrisiken zur berücksichtigen.

Verbesserte reproduktive Gesundheit trägt in jedem Land zur Armutsreduktion bei, fördert positive Veränderungen im Geschlechterverhältnis und stärkt die, oftmals schwache, gesellschaftliche Position von Frauen. Die Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse der betroffenen Frauen ist dabei ein entscheidender Erfolgsfaktor.

Deshalb möchte ich mit einer Forderung von BREMS und GRIFFITHS schließen, die ebenfalls für die vorliegende Arbeit zutreffend ist:

„If women are intended to benefit from actions to improve their health, we in the health care community must first benefit from women’s voices. To do this we must make listening and talking with women a fundamental organizing principle of women’s health programs” (BREMS, GRIFFITHS, 1993: 255).

## **IX. Literaturverzeichnis**

- ABOU-ZAHR CL (2003) Safe Motherhood A brief history of the global movement 1947-2002. *British Medical Bulletin* 67: 13-25.
- AIDOO M, HARPHAM T (2001) The explanatory models of mental health amongst low-income women and health care practitioners in Lusaka, Zambia. *Health Policy Plan* 16 (2): 206-213.
- AING S (2004) The perfect women as represented in Cambodian folktales. Manuskript zum gleichnamigen Vortrag gehalten auf dem 7<sup>th</sup> Socio-Cultural Research Congress on Cambodia, November 2004 in Phnom Penh.
- AJZEN I, FISHBEIN M (1980) *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- ALLMER H (1997) Gesundheitsverhalten als intentionales und volitives Geschehen. In: SCHWARZER, R (Hrsg.) (1997) *Gesundheitspsychologie*. Hogrefe, Göttingen: 117-130.
- AMER R (2006) Cambodia's ethnic Vietnamese: Minority rights and domestic politics. *Asian Journal of Social Science*, 34, Special focus: Violence in Southeast Asia: 388-409.
- ANDERSEN RM (1968) Behavioral model of families' use of health services. Center for Health Administration Studies, Chicago.
- ANDERSEN RM, NEUMAN, JF (1975) Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly / Health and Society* 51: 95-124.
- ANDERSON EN (1987) Why is humoral medicine so popular? *Social Science & Medicine* 25 (4): 331-337.
- ARONSON L (1987) Traditional Cambodian health beliefs and practices. *Rhode Island Medical Journal* 70: 73-78.
- ATKINSON SJ, FARIAS MF (1995) Perceptions of risk during pregnancy amongst urban women in Northeast Brazil. *Social Science & Medicine* 41 (11): 1577-1586.
- AUßENWIRTSCHAFTSPORTAL BAYERN (2005) Kambodscha. In: <http://www.auwi-bayern.de/awp/inhalte/Laender/Asien/Kambodscha/index.html> (23.06.2007).
- BAER HA, SINGER M, SUSSER I (2003) *Medical anthropology and the world system*. Praeger Publishers, Westport.
- BANDURA A (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84: 191 - 215.
- BANSAH M, O'BRIEN B, OWARE-GYEKYE F (2007) Perceived prenatal learning needs of multigravid Ghanaian women. *Midwifery* Oct 24: Ohne Seitenangaben.

- BARKE R, JENKINS-SMITH H, SLOVIC P (1997) Risk perceptions of men and women scientists. *Social Science Quarterly* 78: 167-176.
- BARRETT RJ, LUCAS RH (1994) Hot and cold in transformation: Is Iban medicine humoral? *Social Science & Medicine* 38 (2): 383-393.
- BEAUFILS L (2000) Population matters in Cambodia. A study on gender, reproductive health and related population concerns in Cambodia. UNFPA, Phnom Penh.
- BEAUMONT J, CHANTOU B (1981) Draft report on situation of women and girls in Kampuchea. UNICEF, Phnom Penh.
- BECK U (1986) *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- BECK U (1992) *Risk Society. Towards a New Modernity*. Sage, London.
- BELZ-MERK M, BENGEL J, STRITTMATTER R (1992) Subjektive Gesundheitskonzepte und gesundheitliche Protektivfaktoren. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 4: 153-171.
- BELZ-MERK M (1995) *Gesundheit ist alles und alles ist Gesundheit: Die Selbstkonzeptforschung zur Beschreibung und Erklärung subjektiver Vorstellungen und Gesundheitsverhaltens*. Lang (Europäische Hochschulschriften), Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien.
- BENGEL J (1993) *Gesundheit. Risikowahrnehmung und Vorsorgeverhalten. Untersuchungen am Beispiel der HIV-Infektion*. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- BENGEL J, BELZ-MERK M (1997) Subjektive Gesundheitsvorstellungen. In: SCHWARZER R (Hrsg.) (1997, 2. Auflg.) *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch*. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: 23-41.
- BENNETT P (1997) Communicating about risks to public health: Pointers to good practice. In: [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4006604](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006604) (14.09.2006).
- BERG C (1995) Prenatal care in developing countries: The World Health Organization technical working group on antenatal care. *JAMWA* 50 (5): 182-186.
- BERNARD RH (2002) *Research methods in anthropology. Qualitative and quantitative approaches*. AltaMira Press, Walnut Creek, Lanham, New York, Oxford.
- BIACABE S (1993) Notes on Cambodia Health Beliefs and practices. BBC World Service Education, Phnom Penh.
- BITH-MELANDER P (2005) The role of women and the rise of HIV/AIDS in Cambodia. *Siksacakr* 7: 26-38.
- BLAIKIE PM, CANNON T, DAVIS I, WISNER B (2003, 2. Auflage) *At Risk: Natural Hazards, People's Vulnerability and Disasters*. Routledge, London.

- BOGNER A, LITTIG B, MENZ W (Hrsg.) (2002) Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Leske + Budrich, Opladen.
- BOK S (2004) Rethinking the WHO definition of health. Harvard Center for population and development studies. Working Paper Series 14 (7). In: [http://www.globalhealth.harvard.edu/hcpds/wpweb/Bok\\_wp1407\\_3.pdf](http://www.globalhealth.harvard.edu/hcpds/wpweb/Bok_wp1407_3.pdf) (05.05.2006).
- BOUR K (2002) The Buddhist attitude towards world peace. In: o.A. (2002) The third Buddhist summit. Collection of speeches. Buddhist leaders of the world. Manuskript: Phnom Penh.
- BOYATZIS RE (1998) Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development: Coding as a process for transforming qualitative information. Sage Publications, Thousand Oaks.
- BOYDEN J, GIBBS S (2001) Children of war. Responses to psycho-social distress in Cambodia. The United Nations Research Institute for Social Development, Genf.
- BRANDNER S (2008) ‚My mother has seven children, she knows how to deal with pregnancy‘ - Soziale Beziehungen und ihr Einfluss auf Risikovorstellungen und präventive Maßnahmen in der Schwangerschaft. Erste Ergebnisse aus Phnom Penh, Kambodscha. Unveröffentlichtes Manuskript.
- BRAUN V, CLARKE V (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3: 77-101.
- BREMS S, GRIFFITHS M (1993) Healthy women’s way: Learning to listen. In: KOBLINSKY M, TIMYAN J, GAY J (Hrsg.) (1993) *The health of women. A global perspective*. Westview Press, Boulder, Oxford: 255-273.
- BREWER NT, WEINSTEIN ND, CUITE CL, HERRINGTON JE (2004) Risk perceptions and their relations to risk behavior. *Annals of Behavioral Medicine* 27 (2): 125-130.
- BRÄHLER E, ADLER C (Hrsg.) *Quantitative Einzelfallanalysen und qualitative Verfahren*. Psychosozial-Verlag, Giessen.
- BROWNER CH, SARGENT CF (1996) Anthropology and the studies of human reproduction. In: JOHNSON TM, SARGENT CF (1996; 2. Auflage) *Medical anthropology: a handbook of theory and method*. Greenwood Press, Westport: 219-234.
- BULATAO RA, ROSS JA (1999) Ratings of maternal and neonatal health programs across developing countries. Cambodia’s ranking. RACHA, Phnom Penh.
- BURCHELL G, GORDON C, MILLER P: (Hrsg.): *The Foucault effect*. University of Chicago Press, Chicago.
- BURY L, RATNAK SS, ROSE G, THWIN AA (2001) *Phnom Penh intra-urban health survey 2001*. Ministry of Health, World Health Organisation, Phnom Penh.
- BUSWELL RE (Hrsg.) (2004) *Encyclopedia of Buddhism. Volume I*. MacMillan Reference USA, New York.



- CARE (2005) A report on the situation of beer promoting women in the workplace. Results of a harassment and abuse survey. CARE, Phnom Penh.
- CELIK Y, HOTCHKISS DR (2000) The socio-economic determinants of maternal health care utilization in Turkey. *Social Science & Medicine* 50(12): 1797-1806.
- CHALMERS B (1993) Traditional Indian customs surrounding birth: A review. *South African Medical Journal* 83 (3): 200-203.
- CHANDLER D (1991) *The tragedy of Cambodian history: Politics, war and revolution since 1945*. Yale University Press, New Haven.
- CHANDLER D (1998, 2. Auflg.) *A history of Cambodia*. Westview Press, Boulder.
- CHANTA L (Hrsg.) (2006) *Health Messenger. Clients' Rights. Providers' duties and rights. Medical ethics*. GTZ, UNFPA, Phnom Penh.
- CHOULEAN A (1982) Grossesse et accouchement au Cambodge: Aspects rituels. *ASEMI XIII*: 1-4.
- CIA (2008) *The World Factbook. Cambodia*. In: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/cb.html>. (21.04.2008).
- CIDSE (1990) *Traditional medicine mission*. CIDSE, Phnom Penh.
- COTTMANN A, KORTENDIECK B, SCHILDMANN U (Hrsg.) (2000): *Das undisziplinierte Geschlecht, Frauen- und Geschlechterforschung. Einblick und Ausblick*. Leske + Budrich, Opladen.
- COVERSTON CR, FRANKLIN CY, DAVIS JP (2004) Seeking safe passage: Argentine women's perceptions of routine prenatal care. *Health care for women international* 25(7): 620-635.
- CROCHET FS (2001a) *Etude ethnographique des pratiques familiales de sante au Cambodge, Vol. 1-2*. Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative, Paris.
- CROCHET FS (2001b): *Ethnographie des pratiques des soins pendant la grossesse et la petite enfance, Vol. 3: Laboratoire d'ethnologie et de sociologie comparative, Paris*.
- CROSSLAND A, CONWAY T (2002) *Review of mechanisms to improve equity in access to health care, Cambodia*. Draft report. DFID Health Systems Resource Centre, London.
- CURRIE DH, WIESENBERG SE (2003) Promoting women's health-seeking behavior: Research and the empowerment of women. *Health care for women international* 24: 880-899.
- DEPARTMENT OF PLANNING AND HEALTH INFORMATION (2003) *The 5-Year implementation framework for Health Sector Strategic Plan 2003-2007*. Department of planning and health information, Phnom Penh.
- DERKS A (2005) *Khmer women on the move. Migration and urban experiences in Cambodia*. Dutch University Press, Amsterdam.

- DEVRIES H, KOK G (1986) From determinants of smoking behaviour to the implications for a prevention program. *Health Education Research* 1: 85–94.
- DOUGLAS M, WILDAVSKY A (1982) Risk and culture. An essay on the selection of technological and environmental dangers. University of California Press, Los Angeles, London.
- DOUGLAS M (1992) Risk and blame: Essays in cultural theory. Routledge, London, New York.
- DOUGLAS LB (1994) Antenatal and birthing beliefs and practices of Cambodian women. In: RICE PL (Hrsg.) (1994) Asian mothers, Australian birth. Ausmed Publications, Melbourne: 33-46.
- DUVVURY N, KNOESS J (2005) Gender based violence and HIV/AIDS in Cambodia. GTZ, WHO, Phnom Penh.
- EBIHARA M (1968) Sway, a Khmer village in Cambodia. Ph. D. Thesis. Columbia University, New York.
- EBIHARA M, MORTLAND C, LEDGERWOOD J (Hrsg.) (1994) Cambodian culture since 1975: Homeland and exile. Cornell, Ithaca.
- EISENBRUCH M (1992) The ritual space of patients and traditional healers in Cambodia. *Bulletin de l'école française d'extrême-orient* 79 (2): 283-316.
- EISENBRUCH M (1998) Children with failure to Thrive, Epilepsy and STI/AIDS: Indigenous taxonomies, attributions and ritual treatments. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 3 (4): 505-518.
- ENSOR T (2002) Public expenditure of the health sector in Cambodia. Ministry of Finance, Government of Cambodia, World Bank, DFID, Phnom Penh.
- ERHART M, WILLE N, RAVENS-SIEBERER U (2006) Die Messung der subjektiven Gesundheit - Stand der Forschung und Herausforderungen. In: RICHTER M, HURRELMANN K (Hrsg.) (2006) Soziologie gesundheitlicher Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: 321-338.
- EVANS-PRITCHARD EE (1937) Witchcraft, oracles and magic among the Azande. Clarendon Press, Oxford.
- FALTERMAIER T (1991) Subjektive Theorien von Gesundheit: Stand der Forschung und Bedeutung für die Praxis. In: FLICK U (Hrsg.) (1991) Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit: subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Roland Asanger Verlag, Heidelberg: 45-59.
- FALTERMAIER T (1996) Qualitative Forschungsmethoden in der Gesundheitsforschung: Gegenstände, Ansätze, Probleme. In: BRÄHLER E, ADLER C (Hrsg.) Quantitative Einzelfallanalysen und qualitative Verfahren. Psychosozial-Verlag, Giessen: 105-128.
- FALTERMAIER T, KÜHNLEIN I, BURDA-VIERING M (1998) Gesundheit im Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung. Weinheim, Juventa.
- FALTERMAIER T (2003) Gesundheitsvorstellungen von Erwachsenen. *Public Health Forum* 11 (38): 9-10.

- FEUERSTEIN M (1993) *Turning the Tide: Safe Motherhood - A District Action Manual*. Macmillan, London.
- FISHER-NGUYEN K (1994) *Khmer Proverbs: Images and Rules*. In: EBIHARA M, MORTLAND C, LEDGERWOOD J (Hrsg.) (1994) *Cambodian culture since 1975: Homeland and exile*. Cornell, Ithaca: 91-104.
- FLICK U (Hrsg.) (1991) *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*. Roland Asanger Verlag, Heidelberg.
- FLICK U (Hrsg.) (1998) *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Juventa, Weinheim, München.
- FLICK U (2000) *Gütekriterien qualitativer Forschung*. In: FLICK U, KARDORFF E v, STEINKE I (2000) *Triangulation in der qualitativen Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbeck bei Hamburg: 309-319.
- FLICK U, KARDORFF E v, STEINKE I (2000) *Triangulation in der qualitativen Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbeck bei Hamburg.
- FLICK U (2002) *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg.
- FLICK U (2003) *Subjektive Vorstellungen von Gesundheit. Eine Übersicht*. *Public Health Forum* 11 (38): 2-3.
- FLYNN J, SLOVIC P, MERTZ CK (1994) *Gender, race and perception of environmental health risks*. *Risk Analysis* 14: 1101-1108.
- FORDHAM G (2003) *Adolescent reproductive health in Cambodia. Status, policies, programs and issues*. POLICY Project, Phnom Penh.
- FOUCAULT M (1991) *Governmentality*. In: BURCHELL G, GORDON C, MILLER (Hrsg.) *The Foucault effect*. University of Chicago Press, Chicago: 87-104.
- FRANK U (2001) *Subjektive Gesundheitsvorstellungen und gesundheitsförderlicher Lebensstil von Herzinfarktpatienten und –patientinnen*. Roderer Verlag, Regensburg.
- FRYE BA, D'AVANZO C (1994) *Themes in managing culturally defined illness in the Cambodian refugee family*. *Journal of community health nursing* 11 (2): 89-98.
- FUJITA N, MATSUI M, SREY S, PO CS, UONG S, KOUM K (2005) *Antenatal care in the capital city of Cambodia: Current situation and impact on obstetric outcome*. *Journal of obstetrical and gynaecological research* 31 (2): 133-139.
- GALLOWAY R, McGUIRE J (1994) *Determinants of compliance with iron supplementation: Supplies, side effects, or psychology?* *Social Science & Medicine* 39 (3): 381-390.

- GALLOWAY R, DUSCH E, ELDER L, ACHADI E, GRAJEDAA R, HURTADO E, FAVIN M, KANANI S, MARSABAN J, MEDA N, MOORE KM, MORISON L, RAINA N, RAJARATNAM J, RODRIQUEZ J, STEPHEN C (2002) Women's perception of iron deficiency and anemia prevention and control in eight developing countries. *Social Science & Medicine* 55: 529-544.
- GEMBRIS-NÜBEL R (2004) *Gesundheit und Behinderung. Eine empirische Untersuchung zu subjektiven Gesundheitsvorstellungen bei Fachleuten in der Behindertenhilfe*. Dissertationsschrift. Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. In: <http://bieson.uni-bielefeld.de/volltexte/2004/603/> (09.07.2007).
- GHOSH MK (2001) Maternal mortality. A global perspective. *Journal of Reproductive Medicine* 46: 427-433.
- GITTELSOHN J, BENTLEY ME, PELTO PJ (1994) Listening to women talk about their health: Issues and evidence from India. Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, Baltimore.
- GLASER BG, STRAUSS AL (1967) *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Aldine, Chicago.
- GLEI D, GOLDMAN N, RODRIGUEZ G (2003): Utilization of care during pregnancy in rural Guatemala: Does obstetrical need matter? *Social Science & Medicine* 57: 2447-2463.
- GLOTZBACH S, HILDEBRANDT O, KRÜGER J, RAYKOWSKI J, RUNDEL S, SCHÄPKE N (2007) Die Millennium-Entwicklungsziele – Wegmarken für eine nachhaltige Entwicklung? In: [http://www.uni-lueneburg.de/infu/pdf/35\\_07.pdf](http://www.uni-lueneburg.de/infu/pdf/35_07.pdf) (30.06.2007).
- GOODBURN EA, GAZI R, CHOWDHURY M (1995) Beliefs and practices regarding delivery and postpartum maternal morbidity in rural Bangladesh. *Studies in Family Planning* 26 (1): 22-32.
- GORMAN S (1997) *Implications of socio-economic change for women's employment in Cambodia: A case study of garment factory workers*. M.Ed. Thesis. University of Manchester, Manchester.
- GRAHAM EA, JIP C (1997) Ethnographic study among Seattle Cambodians: Wind illness. In: [http://ethnomed.org/ethnomed/clin\\_topics/cambodian/ethno\\_wind.html](http://ethnomed.org/ethnomed/clin_topics/cambodian/ethno_wind.html) (29.01.2007).
- GREIFELD K (1995) Einführung in die Medizinethnologie. In: PFLEIDERER B, GREIFELD K, BICHMANN W (1995) *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin*. Dietrich Reimer Verlag, Berlin: 11-31.
- GRIFFITHS C, KUPPERMANN M (2008) Perceptions of prenatal testing for birth defects among rural Latinas. *Journal of Maternal and Child Health* 1:34-42.
- GROVE N, NAIDOO P, WARD M, WELLER L (2002) *Working the System: Cambodian health provider's response to health sector reform*. University of Queensland, Brisbane.
- GUILLOU A (2003): *Les medecins au Cambodge: entre élite sociale traditionnelle et groupe professionnel moderne sous influence étrangère*. University of London, London.

- GUSTAFSON P (1999) Gender differences in risk perception. *Risk Analysis* 18 (6): 805-811.
- GUTZWILLER F, PACCAUD F (2007a) Prävention und Gesundheitsförderung. In: GUTZWILLER F, PACCAUD F (Hrsg. ) (2007b, 3. Auflage) Sozial- und Präventivmedizin Public Health. Huber, Bern, Göttingen, Toronto. 195-230.
- GUTZWILLER F, PACCAUD F (Hrsg. ) (2007b, 3. Auflage): Sozial- und Präventivmedizin, Public Health. Huber, Bern, Göttingen, Toronto.
- HALL P, CHHOUNG C (2006) Reproductive health commodity security. Country case study: Cambodia. DFID Health Resource Centre, London.
- HARRIS I (2005) *Cambodian Buddhism*. University of Hawai'i Press, Honolulu.
- HECKHAUSEN H. (1989, 2. Auflg.) *Motivation und Handeln*. Springer, Berlin.
- HERZLICH C (1973) *Health and illness. A social psychological analysis*. Academic Press, London.
- HINTON AL (2006): Khmerness and the Thai 'other': Violence, discourse and symbolism in the 2003 anti-Thai riots in Cambodia. *Journal of Southeast Asian Studies* 37 (3): 445-468.
- HIRSCHBERG W (Hrsg.) (1988) *Neues Wörterbuch der Völkerkunde*. Dietrich Reimer Verlag, Berlin.
- HOBAN E (2002) *Yæñ Sok Sapbaav Haoy. We're safe and happy already. Traditional birth attendants and safe motherhood in a Cambodian rural commune*. Dissertationsschrift. University of Melbourne, Melbourne.
- HUMMITZSCH T (2006) Das Völkermordtribunal in Kambodscha – Ein langer Weg zu Gerechtigkeit und Frieden. Friedrich Ebert Stiftung. In: <http://fesportal.fes.de/pls/portal30/docs/FOLDER/WORLDWIDE/ASIEN/BERICHTE/BERICHTE2006/KAMBODSCHA0406.PDF> (17.06.2007).
- HURRELMANN K, HAISCH J (Hrsg.) (2007) *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Verlag Hans Huber, Bern.
- INDOCHINA RESEARCH (2005) *Obstacles to deliveries by trained health providers to Cambodian rural women*. Final report. Indochina Research Ltd., Phnom Penh.
- JACKSON C, ALLUM N, GASKELL G (2004) Perceptions of risk in cyberspace. In: <http://www.lse.ac.uk/collections/methodologyInstitute/pdf/JonJackson/Perceptions%20of%20risk%20in%20cyberspace.pdf> (21.04.2007)
- JACOBS B, PARCO K (2000) Antenatal health seeking behavior, utilization of public health services and perceptions of their services by women with siblings younger than 5 years in Maung Russay Operational District. MOVIMONDO Cambodia. In: [http://rc.racha.org.kh/download.asp?file=/resources/documents/1-100/21-40/30/antenatal\\_HSB\\_Moung\\_Russey.pdf](http://rc.racha.org.kh/download.asp?file=/resources/documents/1-100/21-40/30/antenatal_HSB_Moung_Russey.pdf) (12.01.2007).
- JACOBS B (2002) How to increase antenatal care attendance. *Health Messenger: Antenatal care*. Khmer Edition. Aide Médicale Internationale: Phnom Penh, 63-69.

- JAHN A, KOWALEWSKI M (1998) The risk approach in antenatal care. – pitfalls of a global strategy -. *Curare Sonderband 15*: 195-210.
- JAMISON DT, MOSLEY HW (Hrsg.) (1993) *Disease control priorities in developing countries*. Oxford University Press, New York.
- JAPP KP (2000) *Risiko*. Transcript Verlag, Bielefeld.
- JIROJWONG S (1996) Health beliefs and the use of antenatal care among pregnant women in Southern Thailand; in: RICE PL; MANDERSON L (Hrsg.) (1996) *Maternity and reproductive health in Asian societies*. Overseas Publishers Association, Amsterdam: 61-82.
- JOHNSON B (2002) Gender and race in beliefs about outdoor air pollution. *Risk Analysis* 22 (4): 725-739.
- JOHNSON TM, SARGENT CF (1996, 2. Auflage) *Medical anthropology: A handbook of theory and method*. Greenwood Press, Connecticut.
- JONG J de (1997) *Community mental health in Cambodia*. Transcultural Psychosocial Organization (TPO), Phnom Penh.
- JÜTTEMANN G (Hrsg.) (1989) *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. Asanger, Heidelberg.
- KHANA (2001) *When you are ill you always hope*. KHANA, Phnom Penh.
- KALAB M (1968) Study of a Cambodian village. *Geographic Journal* 134 (4): 521-536.
- KANAL K (2005) *Towards the Millenium Development Goals: Reducing maternal and neonatal mortality in Cambodia*. Unveröffentlichter Vortrag, gehalten auf dem National Workshop in Postpartum and Newborn Care am 24.10.2005 in Phnom Penh, Kambodscha.
- KANAL K (2007) *Report of comprehensive midwifery review in Cambodia*. Unveröffentlichter Vortrag, gehalten auf dem 28<sup>th</sup> National Health Congress am 05. März 2007 in Phnom Penh.
- KASL SV, COBB S (1966) Health behaviour, illness behaviour, and sick-role behaviour, I and II. *Archives of Environmental Psychology* 12: 246-266 und 531-541.
- KAZMI S (1995) *Pakistan: consumer satisfaction and dissatisfaction with maternal and child health services*. *World Health Statistics Quarterly* 48(1): 55-59.
- KEAT P (2005) *Strategy related to midwifery training and enrolment*. Unveröffentlichter Vortrag gehalten auf dem National Midwifery Forum, 13.-14. Dezember 2005 in Phnom Penh.
- KEMP C (1985) *Cambodian refugee health care beliefs and practices*. *Journal of Community Health Nursing* 2 (1): 41-52.

- KHAM L (2004) Medicinal plants of Cambodia. Habitat, chemical constituents and ethnobotanical uses. Bendigo Scientific Press, Golden Square.
- KHMER WOMEN'S VOICE CENTRE (1996) Women and child rearing in the socio-economic transition. Khmer women's voice centre, Phnom Penh.
- KHMER WOMEN'S VOICE CENTRE (2003) Female garment workers' maternity leave. Khmer women's voice centre, Phnom Penh.
- KITZINGER S (1993) Ourselves as mothers. Bantam Books, London.
- KLEINMAN A (1980) Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London.
- KOBLINSKY M, TIMYAN J, GAY J (Hrsg.) (1993) The health of women. A global perspective. Westview Press, Boulder, Oxford.
- KOBLINSKY M, CONROY C, KURESHY N, STANTON ME, JESSOP S (2000) Issues in programming for Safe Motherhood. John Snow Inc., MotherCare, Arlington.
- KROEGER A (1983) Anthropological and socio-medical health care research in developing countries. *Social Science & Medicine* 17: 147-161.
- KREMER A (2004) Urbane Umwelt und Gesundheit: Exposition und Risikowahrnehmung vulnerabler Bevölkerungsgruppen in Pondicherry, Indien. Dissertationsschrift. Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. In: [http://hss.ulb.uni-bonn.de/ulb\\_bonn/diss\\_online/math\\_nat\\_fak/2004/kremer\\_anne/0426.pdf](http://hss.ulb.uni-bonn.de/ulb_bonn/diss_online/math_nat_fak/2004/kremer_anne/0426.pdf) (12.03.2007).
- KRIMSKY S, GOLDING D (1992) Social theories of risk. Praeger, Westport CT.
- KULIG JC (1988) Conception and birth control use: Cambodian refugee women's beliefs and practices. *Journal of Community Health Nursing* 5 (4): 235-246.
- KULIG JC (1989) Childbearing beliefs among Cambodian refugee women. *Western Journal of Nursing Research* 12 (1): 108-118.
- KUMAR K, BALDWIN H (2001) Women's organization in postconflict Cambodia. In: KUMAR K (Hrsg.) (2001) Women and civil war: Impact, organizations, and action. Lynne Rienner Publishers, Colorado, London: 129-148.
- KUMAR K (Hrsg.) (2001) Women and civil war: Impact, organizations, and action. Lynne Rienner Publishers, Colorado, London.
- KVASAGER W, KUCH N (2005) Overlooked, underserved. In past decade, Cambodian women find their lot little changed. *The Cambodian Daily. Weekend*. September 10-11, 2005, 391: 10-11.

- LAM P (2005) Key elements of reproductive health to be considered in the next five years. Unveröffentlichter Vortrag gehalten auf dem National Workshop on Maternal and Newborn care am 26. Oktober 2005 in Phnom Penh.
- LAU RL, HARTMANN KA (1983) Common sense representations of common illnesses. *Health Psychology* 8: 195-219.
- LECOMPTE MD, SCHENSUL JL (1997) Designing and conducting ethnographic research (Ethnographers Toolkit 1). Altamira Press, Walnut Creek, Lanham, New York, Oxford.
- LEDGERWOOD J (1992) Analysis of the situation of women in Cambodia; Research on women in Khmer society. Consultancy for UNICEF, February to June 1992. UNICEF, Phnom Penh.
- LEDGERWOOD JL (1995) Khmer kinship: The matriline/matriarchy myth. *Journal of Anthropological Research*, 51: 247-261.
- LETTENMAIER RN, LISKIN L, CHURCH CA, HARRIS JA (1988) Mothers' lives matter: Maternal health in the community. *Population Report* 7: 1-32.
- LETTKE F, EIRMBTER W, HAHN A, HENNES C, JACOB R (1999) Krankheit und Gesellschaft. Zur Bedeutung von Krankheitsbildern und Gesundheitsvorstellungen für Prävention. UVK, Konstanz.
- LIAMPUTTONG P, NAKSOOK C (1999) Pregnancy and technology: Thai women's perceptions and experiences of prenatal testing. *Health Care for Women International* 20: 259-278.
- LIEBER MT (1994) The experiences of a sample of rural women during pregnancy. *Journal of Community Health Nursing* 11 (2): 79-87.
- LÖHKEN S (2004) Schwangerschaft und Geburt in Tougan Distrikt, Burkina Faso: Risikoperzeption und Gesundheitsverhalten. Dissertationsschrift. Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg, Heidelberg.
- LOEWE M (2005) Die Millennium Development Goals: Hintergrund, Bedeutung und Bewertung aus Sicht der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Deutsches Institut für Entwicklungspolitik. Discussion paper 12/2005. In: [http://www.die-gdi.de/die\\_homepage.nsf/6f3fa777ba64bd9ec12569cb00547f1b/ec343b8b532dab1cc1256f81003064be/\\$FILE/MDGs%20BB%20DiscPaper%20Internet Fass.pdf](http://www.die-gdi.de/die_homepage.nsf/6f3fa777ba64bd9ec12569cb00547f1b/ec343b8b532dab1cc1256f81003064be/$FILE/MDGs%20BB%20DiscPaper%20Internet Fass.pdf) (30.06.2007).
- LONG C. (1997) Safe Motherhood situational analysis of Cambodia. Cambodia: National Maternal and Child Health Center, Ministry of Health, Phnom Penh.
- LONG C (1996) Strengthening maternal health policy in Cambodia: A policy analysis. London School of Hygiene and Tropical Medicine. Department of Epidemiology and Population Sciences. Department of Public Health and Policy, London.
- LONG C, REN N (2001) Abortion in Cambodia. In: <http://www.qweb.kvinnoforum.se/Archive/expacc/Camb-CR.PDF> (10.09.2006)



- LUCO F (2002) *Between a tiger and a crocodile. Management of local conflicts in Cambodia. An anthropological approach to traditional and new practices.* UNESCO, Phnom Penh.
- LUHMANN N (1991) *Soziologie des Risikos.* W. de Gruyter, Berlin, New York.
- LUYBEN AG, FLEMING VEM (2005) Women's needs from antenatal care in three European countries. *Midwifery* 21: 212-223.
- LUX T (Hrsg.) (2003a) *Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology.* Dietrich Reimer Verlag, Berlin.
- LUX T (2003b) Viele Namen für dieselbe Sache? *Ethnomedizin, Medizinethnologie und Medical Anthropology.* In: LUX T (Hrsg.) (2003a) *Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – Medical Anthropology.* Dietrich Reimer Verlag, Berlin: 10-30.
- MacCORMACK CP (1982) *Ethnography of fertility and birth.* Academic Press, London, New York, Paris.
- MACKEY MC, BOYLE JS (2000) An explanatory model of preterm labor. *Journal of transcultural nursing* 11 (4): 254-263.
- MAINE D (1991) *Safe motherhood programs: Options and issues.* Columbia University Centre for Population and Family Health, New York.
- MANCINO P, MELLUSO J, MONTI M, ONORATI E (2005) Preparation for childbirth in different cultures. *Clinical and experimental obstetrics & gynecology* 32(2): 89-91.
- MANDERSON L (1987) Hot-cold food and medical theories: Overview and introduction. *Social Science & Medicine* 25 (4): 329-330.
- MARTELL G (1975) *Lovea, village des environs d'Angkor: Aspects démographiques, économiques et sociologiques.* Publications de l'Ecole Française d'Extrême-Orient, Paris.
- MARTIN MA (1994) *Cambodia. A shattered society.* University of California Press, Berkeley.
- MARTIN S (1999) *A pilot study on clinical and social aspects of peri-partum practices in rural Cambodia.* Dissertationsschrift. London School of Hygiene and Tropical Medicine, London.
- MATHOLE T, LINDMARK G, MAJOKO F, AHLBERG BM (2004) A qualitative study of women's perspectives of antenatal care in a rural area of Zimbabwe. *Midwifery* 20: 122-132.
- MATILDE CG (2000) Seminar on 'Khmer culture and globalization'. *Khmer culture vis-à-vis cultural change. Conclusion of the Cooperation Program between New Humanity and the Royal University of Phnom Penh.* New Humanity, Phnom Penh: 39-47.
- McDOUGALL L (2005): Delhi declaration calls for action on maternal, newborn, and child health. *LIVES. The newsletter of the partnership for safe motherhood and newborn health* 1: 3-7.

- MEDICINES SANS FRONTIERS (2001) Cambodia. MSF, Phnom Penh.
- MELENDER HL, LAURI S (2001) Security associated with pregnancy and childbirth – experiences of pregnant women. *Journal of psychosomatic obstetrics & gynecology* 22: 229-239.
- MEUSER M, NAGLE U (2002) ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: BOGNER A, LITTIG B, MENZ W (Hrsg.) (2002) *Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung*. Leske + Budrich, Opladen: 71-93.
- MINISTRY OF HEALTH, Royal Government of Cambodia (1997) *Safe Motherhood: National Policy and Strategies*. Ministry of Health, Phnom Penh.
- MINISTRY OF HEALTH, Royal Government of Cambodia (1998) *Reproductive health in Cambodia: A summary of research findings 1990-1998*. Ministry of Health, Phnom Penh.
- MINISTRY OF HEALTH, Royal Government of Cambodia (2000) *National Safe Motherhood: Five-Year-Action Plan 2001-2005*. Ministry of Health, Phnom Penh.
- MINISTRY OF HEALTH, Royal Government of Cambodia (2004) *Joint Annual Health Sector Review 2004*. Ministry of Health, Phnom Penh.
- MINISTRY OF HEALTH, Royal Government of Cambodia (2005a) *National Safe Motherhood: Five-Year-Action Plan 2006-2010*. Ministry of Health, Phnom Penh.
- MINISTRY OF HEALTH, Royal Government of Cambodia (2005b) *National Policy for Quality in Health*. Ministry of Health, Phnom Penh.
- MINISTRY OF HEALTH, Royal Government of Cambodia (2005c) *Joint Annual Health Sector Review 2005*. Ministry of Health, Phnom Penh.
- MINISTRY OF PLANNING, Royal Government of Cambodia (2001) *Second Five-year Socio-Economic Development Plan (2001-2005)*. Ministry of Planning, Phnom Penh.
- MINISTRY OF PLANNING, Royal Government of Cambodia (2002) *Population and poverty in Asia and the Pacific. Country report: Cambodia*. Fifth Asian and Pacific Population Conference. Economic and Social Commission for Asia and the Pacific and United Nations Population Fund. 11.-17. December 2002. Bangkok. Ministry of Planning, Phnom Penh.
- MINISTRY OF PLANNING, Royal Government of Cambodia (2003) *Cambodia Millennium Development Goals Report 2003*. Ministry of Planning, Phnom Penh.
- MINISTRY OF PLANNING, Royal Government of Cambodia (2005) *Achieving the Cambodia Millennium Development Goals. 2005 Update*. Ministry of Planning, Phnom Penh.

- MINISTRY OF WOMEN'S AFFAIRS, Royal Government of Cambodia (2004) The progress report on implementation of Beijing Platform for Action on Women Issues 1995-2005. Ministry of Women's Affairs, Phnom Penh.
- MINISTRY OF WOMEN'S AFFAIRS, Royal Government of Cambodia (2005) Policy Brief on Reproductive Health. Ministry of Women's Affairs, Phnom Penh.
- MINORITY RIGHTS GROUP INTERNATIONAL (1995) Minorities in Cambodia. Minority Rights Group International, Phnom Penh.
- MORFELD M, PETERSEN C, BULLINGER M (2003) Subjektive Gesundheit erheben – Zur Methodik. Public Health Forum 11 (38): 6.
- MUNZINGER-ARCHIV (Hrsg.) (2004) Kambodscha. Munzinger-Archiv GmbH, Ravensburg.
- NACHBAR N, BAUME C, PAREKH A (1998) Assessing Safe Motherhood in the Community: A Guide to Formative Research. John Snow Inc., Arlington.
- NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH (2008) Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman. Clinical Guideline No. 62. National Institute for Health and Clinical Excellence, London. In: <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG62/NiceGuidance/pdf/English> (21.09.2008).
- NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2000) Cambodia Demographic and Health Survey 2000. ORC Macro, Calverton.
- NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC HEALTH, NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (2007) Cambodia Demographic and Health Survey 2005. ORC Macro, Calverton.
- NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS, MINISTRY OF PLANNING (2004a) Cambodian Inter-Censal Population Survey 2004, General Report. UNFPA, Phnom Penh.
- NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS, MINISTRY OF PLANNING (2004b) Cambodian Inter-Censal Population Survey 2004, General Report at Provincial Level. 12 – Phnom Penh Municipality. UNFPA, Phnom Penh.
- NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS, MINISTRY OF PLANNING (2005) Statistical Yearbook 2004. Ministry of Planning, Phnom Penh.
- NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS, MINISTRY OF PLANNING (2006) Statistical Yearbook 2005. Ministry of Planning, Phnom Penh.

- NATIONAL LIBRARY OF HEALTH, NATIONAL INSTITUTE OF CLINICAL EVIDENCE (2003, updated: 2006) Antenatal care. Routine care for pregnant women. Clinical Guideline. In: [http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/Antenatal\\_Care.pdf](http://www.rcog.org.uk/resources/Public/pdf/Antenatal_Care.pdf). (18.07.2006).
- NCHADS, URC (2003) Health facility assessment in seven provinces in Cambodia. USAID, Phnom Penh.
- NELKIN D (1989) Communicating technological risks: The social construction of risk perception. *Annual Review of Public Health* 10: 95-113.
- NEPOTE J (1992) Parenté et organisation sociale dans le Cambodge modern et contemporain. Olizane, Genf.
- NIGENDA G, LANGER A, KUCHARSIT C, ROMERO M, ROJAS G, AL-OSIMY M, VILAR J, GARCIA J, AL-MAZROU Y, BA'AQEEL H, CARROLI G, FARNOT U, LUMBIGANON P, BELIZAN J, BERGSJO P, BAKKETEIG L, LINDMARK G (2003) Womens' opinions on antenatal care in developing countries: results of a study in Cuba, Thailand, Saudi Arabia and Argentina. *BMC Public Health* 20(3). In: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/3/17>. (21.03.2007).
- NIPPERT I, WOLFF G, HORST J, WERTZ D (1998) Patients and geneticists' views on the provision of genetic services in Germany: A report from a nationwide survey in Germany 1994-1996. *Medizinische Genetik* 10 : 113.
- NIPPERT I (2000) Frauengesundheitsforschung und 'gender based medicine'. In: COTTMANN A, KORTEN-DIECK B, SCHILDMANN U (Hrsg.) (2000): *Das undisziplinierte Geschlecht, Frauen- und Geschlechterforschung. Einblick und Ausblick*. Leske + Budrich, Opladen: 51-67.
- NUSCHELER F (2004) *Lern- und Arbeitsbuch Entwicklungspolitik*. Dietz, Bonn.
- o.A (2001b) *Women in poverty in Phnom Penh*. Gender and Development for Cambodia, Phnom Penh.
- o.A. (2002) *The third Buddhist summit. Collection of speeches. Buddhist leaders of the world*. Manuskript, Phnom Penh.
- o.A. (2007) *Oxford Advanced-Learner's Dictionary of English-Khmer*. Oxford University Press, Phnom Penh.
- OBAID TA (2006) Reaching the MDGs: Why population, reproductive health and gender matter. *Asia Pacific Population Journal, Special Issue 1986-2006*: 9-20.
- ODGEN J (1995) Psychosocial theory and the creation of the risky self. *Social Science & Medicine* 40: 409-415.
- OKELLO ES, NEEMA S (2007) Explanatory models and help-seeking behavior: Pathways to psychiatric care among patients admitted for depression in Mulago Hospital, Kampala, Uganda. *Qualitative Health Research* 17(1): 14-25.

- ONUIRI S (2006) Traditional beliefs and practices affecting pregnancy and childbearing in Kampong Thom Province, Cambodia. ADRA, Phnom Penh.
- OOSTERBAAN MM, BARRETO DA COSTA MV (1995) Guinea-Bissau: what women know about the risks: an anthropological study. *World Health Statistics Annual* 48(1): 39-43.
- OUYAHIA-McADAMS,OA (2003) Q & A Millenium Development Goals: Pamphlet on work in progress. Royal Government of Cambodia – Council for Social Development – UN Resident Coordinator Office, Phnom Penh.
- OVESEN J, TRANKELL I-B, ÖJENDAL J (1996) When every household is an island: Social organization and power structures in rural Cambodia. Uppsala University, Uppsala.
- OXFORD UNIVERSITY PRESS, DUDENREDAKTION (Hrsg.) (2005) Großwörterbuch Englisch. Bibliographisches Institut, Mannheim.
- PAULI J (2007) Zwölf-Monats-Schwangerschaften: Internationale Migration, reproduktive Konflikte und weibliche Autonomie in einer zentralmexikanischen Gemeinde. *TSANTSA* 12: 82-92.
- PAULI J, BRANDNER S (2007) ‘Meine Mutter ist eigentlich ausschlaggebend’: Eine qualitative Untersuchung der sozialen Dimensionen elterlicher Impfentscheidungen. *Deutsche Hebammenzeitschrift* 11: 21-23.
- PELLINI A, AYRES D (2005) Social capital and village governance: Experiences with village networks. A discussion paper. GTZ, Phnom Penh.
- PELTO PJ, PELTO GH (1996) Field methods in medical anthropology. In: SERGENT CF, JOHNSON TM (Hrsg.) (1996) *Handbook of medical anthropology: Contemporary theory and method*. Greenwood Press, Westport: 269-297.
- PENCHANSKY R, THOMAS, JW (1981) The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care* 19 (2): 127-40.
- PETERS E, SLOVIC P (1996) The role of affect and worldviews as orienting dispositions in the perception and acceptance of nuclear power. *Journal of applied social psychology* 26: 1427-1453.
- PFLEIDERER B, GREIFELD K, BICHMANN W (1995) *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Ethnomedizin*. Dietrich Reimer Verlag, Berlin.
- PIDGEON N (1992) Risk perception. In: ROYAL SOCIETY (Hrsg.) (1992) *Risk analysis, perception and management*. Royal Society, London: 89-134.
- PLANNING DEPARTMENT OF PHNOM PENH MUNICIPALITY (2004) Profiles of Phnom Penh City. [http://www.phnompenh.gov.kh/english/PhnomPenh\\_Profile/E\\_PP\\_profile.pdf](http://www.phnompenh.gov.kh/english/PhnomPenh_Profile/E_PP_profile.pdf) (17.11.2007).

- PLAUT E, CHANDARA L (2005) EU official: ‚worrying trends‘ in human rights. *The Cambodian Daily* 33 (19) 2nd December 2005: 19.
- POOL R (1987) Hot and cold as an explanatory model: The example of Bharuch district in Gujarat, India. *Social Science & Medicine* 25 (4): 389-399.
- POPULATION SERVICES INTERNATIONAL, DFID (2002) Sweetheart relationships in Cambodia. Love, sex & condoms in the time of HIV. PSI, Phnom Penh.
- PORTER M, MACINTYRE S (1984) What is must be best: A research note on conservative or deferential response to antenatal care provision. *Social Science & Medicine* 19: 1197-1200.
- RACHA (The Reproductive and Child Health Alliance) (1998) Private sector assessment report. RACHA, Phnom Penh.
- RACHA (The Reproductive and Child Health Alliance) (1999) Rural women and health center use, staff employment, and health seeking behaviour. RACHA Studies Number 4. RACHA, Phnom Penh.
- RACHA (The Reproductive and Child Health Alliance) (2003) Birth spacing in Cambodia. History, current status, and future prospects. RACHA, Phnom Penh.
- RAI NK, DALI SM (2006) Making pregnancy safer in South-East Asia. Regional Health Forum WHO South-East Asia Region (Volume 6, Number 1). In: [http://www.searo.who.int/EN/Section1243/Section1310/Section1343/Section1344/Section1355\\_5305.htm](http://www.searo.who.int/EN/Section1243/Section1310/Section1343/Section1344/Section1355_5305.htm) (18.08.2006).
- RATH W, FRIESE K (2005) *Erkrankungen in der Schwangerschaft*. Thieme Verlag, Stuttgart, New York.
- RICE, PL (Hrsg.) (1994) *Asian mothers, Australian birth*. Ausmed Publications, Melbourne.
- RICE PL, MANDERSON L (Hrsg.) (1996) *Maternity and reproductive health in Asian societies*. Overseas Publishers Association, Amsterdam.
- RICE PL, NAKSOOK C (1999) Pregnancy and technology: Thai women’s perception and experience of prenatal testing. *Health Care for Women International* 20 (3): 259-278.
- RICHTER M, HURRELMANN K (Hrsg.) (2006) *Soziologie gesundheitlicher Ungleichheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- RiskNET (Hrsg.) (2007) Glossar/Lexikon. In: <http://www.risknet.de/Glossar-Lexikon.226.0.html> (12.3.2006).
- RIVERS WHR (1924) *Medicine, magic, and religion*. Lectures delivered before the Royal College of Physicians of London in 1915 and 1916. Harcourt & Brace, New York.

- ROHRMANN B, RENN O (2000a) Risk perception research. An introduction. In: RENN O, ROHRMANN B (Hrsg.) (2000b) Technology, risk, and society. Vol. 13: Cross-cultural risk perception. A survey of empirical studies. Kluwer, Dordrecht, Boston, London: 11-53.
- RENN O, ROHRMANN B (Hrsg.) (2000b) Technology, risk, and society. Vol. 13: Cross-cultural risk perception. A survey of empirical studies. Kluwer, Dordrecht, Boston, London.
- ROONEY C (1992) Antenatal care and maternal health: How effective is it? A review of the evidence. World Health Organization, Genf.
- ROSENFELD A, MAINE D (1987) Maternal health in the Third World. *Lancet* 1 (8534): 691.
- ROSENSTOCK IM (1974) Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs* 2: 328-335.
- ROSENSTOCK IM, STRETCHER VJ, BECKER MH (1988) Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly* 15(2):175-183.
- ROYAL GOVERNMENT OF CAMBODIA (2003) Sub-decree on physicians' code of ethics (unofficial translation). Royal Government of Cambodia, Phnom Penh.
- ROYAL SOCIETY (Hrsg.) (1992) Risk analysis, perception and management. Royal Society, London.
- SADANA R, SNOW R (1999) Balancing effectiveness, side-effects and work: Women's perceptions and experiences with modern contraceptive technology in Cambodia. *Social Science & Medicine* 49: 343-358.
- SALEM R (2004) Men's surveys: New findings. Population reports, 18. The INFO Project. John Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore.
- SARGENT C, MARCUCCI J, ELLISTON E (1983) Tiger bones, fire and wine: Maternity care in a Kampuchean refugee community. *Medical Anthropology* 7 (4): 67-69.
- SARRE T (1987) Le systeme sanitaire Cambodgien de 1953 à 1975 et sa relation avec la mentalité Khmère. Université Paris VII, Faculté de Medicine, Lariboisiere, St. Louis.
- SCHIAFFINO KM, CEA CD (1995) Assessing chronic illness representations: the Implicit Models of Illness Questionnaire. *Journal of behavioral medicine* 18(6): 531-48.
- SCHWARZER R (1996) Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Hogrefe, Göttingen.
- SCHWARZER R (Hrsg.) (1997, 2. Auflg.) Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Hogrefe, Göttingen.
- SCHWING RC, ALBERS WA (Hrsg.) (1980) Societal risk assessment: how safe is safe enough. Plenum, New York.

- SECRETARIAT FOR NATIONAL COMMITTEE FOR POPULATION AND DEVELOPMENT (2004) Cambodia Population Data Sheet 1998-2004. The Office of the Council of Ministers, Phnom Penh.
- SEK S (2005) TBA-midwife alliance: A strategy for increasing skilled delivery. Unveröffentlichter Vortrag, gehalten am 24.10.2005 auf dem National Workshop on postnatal and neonatal care in Phnom Penh.
- SERGEANT CF, JOHNSON TM (Hrsg.) (1996) Handbook of medical anthropology: Contemporary theory and method. Greenwood Press, Westport.
- SEWA-Rural Research Team (1994) Beliefs and behavior regarding diet during pregnancy in a rural area in Gujarat, Western India. In: GITTELSOHN J, BENTLEY ME, PELTO PJ (1994) Listening to women talk about their health: Issues and evidence from India. Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, Baltimore: 55-67.
- SICH D (1980) Medizinische Betreuung von Geburt und Mutterschaft im Kulturwandel: Ein Beitrag zur transkulturell vergleichenden Medizin aus Korea. Habilitationsschrift, Universität Heidelberg, Heidelberg.
- SINGER M (2004) The social origins and expressions of illness. *British Medical Bulletin* 69: 9-19.
- SLOVIC P, FISCHHOFF B, LICHTENSTEIN S (1980) Facts and fears: understanding perceived risks. In: SCHWING RC, ALBERS WA (Hrsg.) (1980) Societal risk assessment: how safe is safe enough. Plenum, New York: 181-214.
- SLOVIC P (1987): Perceptions of risk. *Science* 236: 280-285.
- SLOVIC P, MALMFORS T, MERTZ CK, NEIL N, PURCHASE IFH (1997) Evaluating chemical risks: result of a survey of the British Toxicology Society. *Human and Experimental Toxicology* 16: 289-304.
- SLOVIC P (2000) The perception of risk. Earthscan, London.
- STARR C (1969) Social benefit versus technological risk. *Science* 165: 1232-1238.
- STAUBER M, WEYERSTAHL T (2005) Gynäkologie und Geburtshilfe. Thieme Verlag, Stuttgart.
- STROBL R, BÖTTGER A (Hrsg.) (1996) Wahre Geschichten? Zur Theorie und Praxis qualitativer Interviews. Nomos, Baden-Baden.
- SUNIL T, RAJARAM S, ZOTTARELLI LK (2006) Do individual and program factors matter in the utilization of maternal care services in rural India? A theoretical approach. *Social Science & Medicine* 62: 1943-1957.
- TARR CM, HORNG V (2006) Making motherhood safer: Service delivery and budget allocations in reproductive health. Draft report. Ministry of Women's Affairs, Phnom Penh.



- TAYLOR ASSOCIATES INTERNATIONAL (1999) Private participation in health. Manuskript. Phnom Penh.
- TAYLOR-GOOBY P (2004) Psychology, social psychology and risk. Social Contexts and Responses to Risk Network (SCARR). Working Paper 2004/3. University of Kent at Canterbury, Canterbury.
- TAYLOR-GOOBY P, ZINN JO (2006) Current directions in risk research: New developments in psychology and sociology. *Risk Analysis* 26 (2): 397-410.
- TEAGLE SE, BRINDIS CD (1998) Perceptions of motivators and barriers to public prenatal care among first-time and follow-up adolescent patients and their providers. *Maternal and Child Health Journal* 2 (1): 15-24.
- THE FUTURES GROUP INTERNATIONAL (2000) MNPI. Maternal and neonatal program effort index. Cambodia. POLICY Project, Glastonbury.
- TITA AT, STRINGER JS, GOLDENBERG RL, ROUSE DJ (2007) Two decades of the safe motherhood initiative: time for another wooden spoon award? *Obstetrics & Gynecology* 110: 972-976.
- TOAN NV, TRONG LN, HÖJER B, PERSSIN LA (2002) Public health services use in a mountainous area, Vietnam: Implications for health policy. *Scandinavian Journal of Public Health* 30: 86-93.
- TOWNSEND K, RICE PL (1996) A baby is born in Site 2 Camp: Pregnancy, birth and confinement among Cambodia refugee women. In: RICE PL, MANDERSON L (Hrsg) (1996) *Maternity and reproductive health in Asian societies*. Overseas Publishers Association, Amsterdam.
- TULLOCH J, LUPTON D (2003) *Risk and everyday life*. Sage, London.
- TURK DC, RUDY TE, SALOVEY P (1996) Implicit models of illness. *Journal of behavioural medicine* 9: 453-474.
- ULIN PR, ROBINSON E, TOLLEY E (2005) *Qualitative methods in public health: A field guide for applied research*. Jossey-Bass, San Francisco.
- UNDP (2006) The Human Development Report 2006. In: <http://hdr.undp.org/hdr2006/pdfs/report/HDR06-complete.pdf>. (10.06.2007).
- UNESCO (1997) International Standard Classification of Education ISCED 1997. In: [http://www.unesco.org/education/information/nfsunesco/doc/isced\\_1997.htm](http://www.unesco.org/education/information/nfsunesco/doc/isced_1997.htm) (19.11.2006).
- UNFPA (2004) State of world population 2004: Maternal health. In: <http://www.unfpa.org/swp/2004/english/ch7/index.htm> (10.06.2007).
- UNFPA (2005) Cambodia at a glance. Population, gender and reproductive health. UNFPA, Phnom Penh.

- UNIFEM, WB, ADB, UNDP, DFID/UK (2004) A fair share for women: Cambodia Gender Assessment. UNIFEM, WB, ADB, UNDP, DFID/UK, Phnom Penh.
- UNMÜBIG B (2006) Millenium-Entwicklungsziele – (k)ein Beitrag zur nachhaltigen Entwicklung? In: [http://www.boell.de/downloads/nachhaltigkeit/unmuessig\\_nachhaltige\\_entwicklung.pdf](http://www.boell.de/downloads/nachhaltigkeit/unmuessig_nachhaltige_entwicklung.pdf) (30.06.2007).
- USAID (2001) Population, health and nutrition assessment. USAID Cambodia, Phnom Penh.
- VICKERY C, ROSE G, DIXON S, KIRI LV, WILKINSON S (2001) Private practitioners in Phnom Penh: A mystery client survey. Options, London.
- VILLAR J, BA'AQEEL H, PIAGGIO G, LUMBIGANON P, MIGUEL BELIZAN J. (2001) WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet* 357 (9268): 1551-1564.
- VONG S, PERZ JF, SOK S, SOM S, GOLDSTEIN S, HUTIN Y, TULLOCH J (2005) Rapid assessment of injection practices in Cambodia, 2002. *BMC Public Health* 5 (56): 1-7.
- WALSH JA, FEIFER CN, MEASHAM AR, GERTLER PJ (1993) Maternal and perinatal health problems. In: JAMISON DT, MOSLEY HW (Hrsg.) (1993) *Disease control priorities in developing countries*. Oxford University Press, New York: 363-390.
- WALSTON N (2005) Challenges and opportunities for male involvement in reproductive health in Cambodia. POLICY Project/Cambodia, Phnom Penh.
- WEINSTEIN ND (1988) The precaution adoption process. *Health Psychology* 7: 355-386.
- WELLER SC, RUEBUSH II TR, KLEIN RE (1997) Predicting treatment-seeking behaviour in Guatemala: A comparison of the Health Service research and Decision-Theory approaches. *Medical Anthropology quarterly* 11 (2): 224-245.
- WELTBANK (Hrsg.) (2004) World Bank Group in Cambodia. Working for a Cambodia free of poverty. Weltbank, Phnom Penh.
- WHITE PM (1996) Crossing the river: A study of Khmer women's beliefs and practices during pregnancy, birth and postpartum. Dissertationsschrift. University of California, Los Angeles.
- WHITE PM (2002) Crossing the river: Khmer women's perceptions of pregnancy and postpartum. *Journal of Midwifery & Women's Health* 47 (4): 239-246.
- WHITE PM (2004) Heat, balance, humors and ghosts: Postpartum in Cambodia. *Health Care for Women International* 2: 179-194.

- WILLIAMS B, HEALY D (2001) Perceptions of illness causation among new referrals to a community mental health team: 'explanatory model' or 'explanatory map'?. *Social Science & Medicine* 53: 465-476.
- WILKINSON D, HOLLOWAY D, FALLAVIER P (2001) The impact of user fees on access, equity and health provider practices in Cambodia. Ministry of Health, Phnom Penh.
- WILSON TP (1982) Qualitative "oder" Quantitative Methoden in der Sozialforschung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 34: 487-508.
- WINSTON CA, OTHS KS (2000) Seeking early care: The role of prenatal care advocates. *Medical Anthropology Quarterly* 14 (2): 127-137.
- WITZEL A (1982) Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Campus, Frankfurt, New York.
- WITZEL A (1989) Das problemzentrierte Interview. In: JÜTTEMANN G (Hrsg.) (1989) *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. Asanger, Heidelberg: 227-256
- WITZEL A (1996) Auswertung problemzentrierter Interviews. Grundlagen und Erfahrungen. In: STROBL R, BÖTTGER A (Hrsg.) (1996) *Wahre Geschichten? Zur Theorie und Praxis qualitativer Interviews*. Nomos, Baden-Baden: 49-76.
- WITZEL A (2000) Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung* 1 (1). In: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-00/1-00witzel-d.htm> (01.07.2005).
- WOOLLETT A, DOSANJH-MATWALA N (1990) Pregnancy and antenatal care: The attitudes and experiences of Asian women. *Child: Care, Health and Development* 16 (1): 63-78.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1948) Constitution of the World Health Organization, Artikel 2. In: [http://policy.who.int/cgi-bin/om\\_isapi.dll?infobase=Basicdoc&softpage=Browse\\_Frame\\_Pg42](http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=Basicdoc&softpage=Browse_Frame_Pg42) (12.05.2005).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1986) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. In: [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2?language=German](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German) (24.07.2007).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1999) Definitions and indicators in family planning, maternal & child health and reproductive health. World Health Organization. European Regional Office. Family and Reproductive Health, Genf.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002) The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy lifes. World Health Organization, Genf.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005a) Health and the Millenium Development Goals. World Health Organization, Genf.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005b) The World Health Report 2005. World Health Organization, Genf.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006a) Country Health Information Profiles: Cambodia. In:  
[http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/F5E45CF8-7B98-4115-AE7E-416620435D00/0/8\\_cambodia.pdf](http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/F5E45CF8-7B98-4115-AE7E-416620435D00/0/8_cambodia.pdf) (11.06.2007).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006b) Making a difference in countries. Strategic approach to improving maternal and newborn survival and health. World Health Organization, Genf.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006d) Constitution of the World Health Organization. In:  
[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) (16.09.2007).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008) Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision, Version 2008. German Modification. In: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2008/fr-icd.htm> (12.04.2008).
- YANAGISAWA S (2005) Health seeking behaviour of pregnant women in Cambodia and determinants of birth attendant choice. Masterarbeit. School of Health Sciences, Shinshu University, Tokyo.
- YUN S (2005) NGO alliance fights for freedom of expression. The Cambodian Daily 33 (18), 1st December 2005: 13.
- ZINN JO (2004) Literature review: Sociology and risk. In: <http://www.kent.ac.uk/scarr/papers/Sociology%20Literature%20Review%20WP1.04%20Zinn.pdf> (16.03.2007).
- ZWEIG S, LEFEVRE M, KRUSE J (1988) The Health Belief Model and attendance for prenatal care. Family Practice Research Journal Fall/Winter: 32-41.

## **X. Anhang**

### **1. Tabellenverzeichnis**

- Tabelle 1: Die MDGs in Kambodscha: Stand der Dinge 2005
- Tabelle 2: Altersstruktur der Interviewpartnerinnen und Zweck ihres Klinikbesuchs
- Tabelle 3: Formales Bildungsniveau der Interviewpartnerinnen
- Tabelle 4: Ausgeübter Beruf der Interviewpartnerinnen
- Tabelle 5: Sozio-ökonomischer Status der Interviewpartnerinnen
- Tabelle 6: Anzahl der Schwangerschaften – gesamtes Sample
- Tabelle 7: Anzahl der Schwangerschaften – Schwangere und Wöchnerinnen
- Tabelle 8: Anzahl der von den Befragten in Anspruch genommenen Schwangerenvorsorgen
- Tabelle 9: Anzahl der von urbanen Frauen in Anspruch genommenen Schwangerenvorsorgen
- Tabelle 10: Physiologische Veränderungen in der Schwangerschaft
- Tabelle 11: Schwangerschaftsbeschwerden
- Tabelle 12: Risiken in der Schwangerschaft
- Tabelle 13: Symptome von Schwangerschaftsrisiken
- Tabelle 14: Gesundheitsförderliche und präventive Maßnahmen in der Schwangerschaft
- Tabelle 15: Determinanten der Inanspruchnahme staatlicher Schwangerenvorsorge
- Tabelle 16: Probleme bei der Inanspruchnahme staatlicher Schwangerenvorsorge
- Tabelle 17: Empfehlungen der Interviewpartnerinnen zur Verbesserung der Situation schwangerer Frauen in Kambodscha

## **2. Interviewleitfaden für schwangere und nicht-schwangere Frauen**

### **2.1 Sozio-ökonomischer und geburtshilflicher Kurzfragebogen**

#### 2.1.1 Sozio-ökonomische Daten

- Alter
- Wohnort
- Familienstand
- Schulbildung in Jahren
- aktuell ausgeübter Beruf
- Schulbildung des Ehemanns
- ausgeübter Beruf des Ehemanns
- Anzahl der zur Verfügung stehenden Wohnräume
- Anzahl der im Haushalt lebenden Personen
- Material aus dem das Dach der Wohnräume besteht
- Material aus dem der Boden der Wohnräume besteht

#### 2.1.2 Geburtshilfliche und aktuelle Kurzanamnese

- Anzahl bisheriger Schwangerschaften
- bei aktuell bestehender Schwangerschaft: Gestationsalter
- bei Nicht-Schwangeren: Zeitpunkt der letzten Entbindung
- aktueller Grund für Klinikbesuch

### **2.2. Interviewleitfaden zu Risikovorstellungen, gesundheitsförderlichem und präventivem Verhalten**

#### 2.2.1 Die physiologisch verlaufende Schwangerschaft

Erkenntnisinteresse

Gewinnung von Erkenntnissen über Wissensbestände, Verhaltensweisen, Einstellungen und subjektiven Konzepten bezüglich einer normal verlaufenden Schwangerschaft. Merkmale von Gesundheit und Krankheit, Zeichen von Normalität und Pathologie, anatomische und physiologische Konzepte sowie allgemeine gesundheitsförderliche- und selbst-fürsorgliche Praktiken sollen eruiert werden.

## Einstiegsfrage

Could you tell me a little bit about your experiences during your (previous) pregnancy?

### Probing-Fragen (Auswahl)

- What are the signs of a normal pregnancy?
- Can you tell me what pregnant women in your community normally do during pregnancy?
- How does the body changes in the course of pregnancy?
- How does the baby develop during pregnancy?
- How do you stay healthy during pregnancy?
- What can women do to make their baby healthy?

## Themenkomplex Ernährung

Could you now tell me a little bit about eating and drinking during pregnancy?

### Probing-Fragen (Auswahl)

- What should a woman eat / not eat during pregnancy?
- When and why should this/these food / drinks be eaten / avoided?
- Do you eat more during pregnancy? Why? Why not?

## Themenkomplex Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel, Therapeutika

How about medication during pregnancy?

### Probing-Fragen (Auswahl)

- What kind of medication/vitamins/therapies do women take / avoid during pregnancy?
- What kind of substances do you take / avoid during pregnancy?
- When and why should these substances be taken / avoided?

## Themenkomplex Arbeit

How about your daily workload in pregnancy?

### Probing-Fragen (Auswahl)

- Do you change anything during pregnancy?
- Are there any activities which you stop / continue / start during pregnancy?

## 2.2.2 Subjektive Risikovorstellungen

### Erkenntnisinteresse

Sammlung von Informationen über Wissensbestände, Verhaltensweisen, Einstellungen und subjektiven Konzepten bezüglich gesundheitlicher Risiken während einer Schwangerschaft unter besonderer Berücksichtigung von Ätiologie, Pathophysiologie, Nosologie, Symptomatik, Diagnostik und möglicher Therapieformen.

### Einstiegsfrage

What kind of (health) problems can a pregnant woman face?

### Probing-Fragen (Auswahl)

#### Themenkomplex Problemwahrnehmung: Risikosymptomatik

- How does a pregnant woman know that there is a problem?
- How do you know that you and/or your baby are/is at risk?
- Did you ever have any problems either in this or in a previous pregnancy?
- How do you know that you and/or your baby is suffering from [Name des erwähnten Risikos bzw. Symptoms]?

#### Themenkomplex Risikoätiologie

- Where does [Name des erwähnten Risikos bzw. Symptoms] come from?
- What do you think causes [Name des erwähnten Risikos bzw. Symptoms]?
- Do you have any explanations for the problem you just mentioned?

#### Themenkomplex Risikobewertung

- Is it dangerous to have [Name des erwähnten Risikos bzw. Symptoms]?
- Why could [Name des erwähnten Risikos bzw. Symptoms] be a problem?
- Is it a normal thing to have [Name des erwähnten Risikos bzw. Symptoms] in pregnancy? Why? Why not?

#### Themenkomplex Strategien zur Risikominimierung / therapeutische Strategien

- What should a woman do if she recognizes a problem in pregnancy?
- What do you usually do if you don't feel well in pregnancy?
- What should be done, if anything, about [Name des erwähnten Risikos bzw. Symptoms]? Why should this be done?



- When and where would you go to seek help? Why there?
- What might be reasons that a woman does not seek care?
- What people/providers are usually sought for care in the case of a problem in pregnancy?

### 2.2.3 Gesundheitsfördernde und präventive Verhaltensweisen

#### Erkenntnisinteresse

Sammlung von Informationen über Wissen, Verhalten, Einstellungen und subjektive Konzepte bezüglich Strategien und Einflussfaktoren der Risikovermeidung sowie dem Erhalt und der Förderung von Gesundheit.

#### Einstiegsfrage

Is there anything you can do against these problems you just mentioned, before you face them?

#### Probing-Fragen (Auswahl)

- How do you avoid getting [Name des erwähnten Risikos bzw. Symptoms]?
- Is there anything you do in order to enhance your health during pregnancy?
- Whom can women consult for care during a normal pregnancy?
- Whom can women consult for care in case there is a problem in pregnancy?

### 2.2.4 Die Bedeutung der staatlichen Schwangerenvorsorge

#### Erkenntnisinteresse

Sammlung von Informationen über das Verständnis von und die Rolle der staatlichen Schwangerenvorsorge im Rahmen der subjektiven Konzepte bezüglich gesundheitsförderlichem und präventivem Verhalten schwangerer Frauen.

#### Einstiegsfrage

What do you think about ANC?

#### Probing-Fragen

- Some women go to providers of health services in pregnancy, other don't. What is your opinion?

- How can ANC help a pregnant woman?
- Why do you personally go/don't go for ANC?
- If you go for ANC, where do you go and why there?
- What kind of information do you get there? What kind of medication do you get there?  
What kind of examination do they do during a consultation?
- There are women who do not go for ANC. Can you imagine why?

### 2.2.5 Empfehlungen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Schwangeren in Kambodscha

#### Erkenntnisinteresse

Sammlung von Wünschen und Empfehlungen der Interviewpartnerinnen hinsichtlich einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Frauen in Kambodscha. Exploration möglicher Problemfelder hinsichtlich einer adäquaten Betreuung Schwangerer aus der Sicht betroffener Frauen.

#### Einstiegsfrage

By carrying out this study we would like to contribute to the improvement of pregnant women's health in this area. Do you have any suggestions on what should be done in order to enhance their situation?

#### Probing-Fragen

- You already mentioned a few problems a pregnant woman can face, while she is pregnant. Are there any things which should be changed in order to make a pregnancy safer?
- Is there anything which could help to improve the health of pregnant women in Cambodia?
- What would you like to see being done to improve ANC?
- What is the main barrier a woman faces if she wants to go for ANC?

### **3. Forschungsgenehmigung**



